

NOUVEAUX CAHIERS DE L'INFIRMIÈRE

sous la direction de

Léon Perlemuter – Jacques Quevauvilliers – Gabriel Perlemuter – Béatrice Amar – Lucien Aubert



Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles psychiatriques

II. Prise en charge et diagnostics infirmiers

Sous la direction de
Marie-José Cottureau

avec à l'intérieur un
cahier d'entraînement

14

NOUVEAUX CAHIERS DE L'INFIRMIÈRE

14

*Soins infirmiers aux personnes
atteintes de troubles psychiatriques*

*II. Prise en charge
et diagnostics infirmiers*

CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

- PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ADULTE, par Q. DEBRAY, B. GRANGER, F. AZAIS. *Collection Abrégés de médecine*. 2001, 2^e édition, 392 pages.
- LES PERSONNALITÉS PATHOLOGIQUES. Approche cognitive et thérapeutique, par Q. DEBRAY, D. NOLLET. 2001, 3^e édition, 192 pages.
- PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE. Théorique et clinique, sous la direction de J. BERGERET. Préface de D. WIDLOCHER. *Collection Abrégés de Médecine*. 2000, 8^e édition, 384 pages.
- SANTÉ MENTALE. Démarche de soins et diagnostics infirmiers, par G.K. MCFARLAND, E.L. WASLI, E.K. GERETY. Traduit de l'américain par S. IVANOV-MAZZUCCONI. *Collection Démarche soignante*. 1999, 2^e édition, 440 pages.
- ENTRETIEN ET RELATION D'AIDE DANS LES SITUATIONS PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DIFFICILES. S'entraîner : 40 cas cliniques, 12 tiroirs théoriques, par A. MERCUEL, J.-C. MONFORT, B. LAUTH, B. GARNIER, C. PARADAS, H. PACAUD, J. LEVEAU, J. GRÉMON, M. RECA, S. TRIBOLET. 1999, 112 pages.
- ADOLESCENCE ET PSYCHOPATHOLOGIE, par D. MARCELLI. *Collection Abrégés de Médecine*. 1999, 5^e édition, 584 pages.
- ENFANCE ET PSYCHOPATHOLOGIE, par D. MARCELLI. *Collection Abrégés de Médecine*. 1999, 6^e édition, 640 pages.
- DSM-IV. MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX, par l'AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 4^e édition (version internationale, Washington DC, 1995). Traduction française par J.-D. GUELFY et coll. 1997, 1 056 pages.
- DSM-IV. CAS CLINIQUES, par A. FRANCES, R. ROSS. Traduit de l'anglais par CROQ. 1997, 416 pages.
- PSYCHIATRIE DE L'ADULTE, par T. LEMPERIÈRE, A. FÉLINE, avec la collaboration de A. GUTMANN, J. ADÈS, C. PILATE. *Collection Abrégés de Médecine*. 1996, 15^e tirage, 432 pages.
- MINI-DSM-IV. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES, par l'AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Traduction de l'anglais coordonnée par J.-D. GUELFY et coll. 1996, 4^e tirage, 384 pages.
- MANUEL DE PSYCHOLOGIE À L'USAGE DES SOIGNANTS. Élèves des Instituts de formation en soins infirmiers, par H. HAREL-BIRAUD. 1994, 2^e édition, 184 pages.
- DSM-III-R. MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX, par l'AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Traduction de l'anglais coordonnée par J.-D. GUELFY, P. PICHOT et coll. 1992, 2^e tirage, 656 pages.
- CIM-10 : CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES TROUBLES MENTAUX ET DES TROUBLES DU COMPORTEMENT. Critères diagnostiques pour la recherche. Organisation mondiale de la santé. Traduction de l'anglais par C.-B. PULL. 1992, 328 pages.
- DICIONNAIRE MÉDICAL DE L'INFIRMIÈRE, par J. QUEVAUVILLIERS, L. PERLEMUTER et collaborateurs. 2001, 6^e édition revue et corrigée, 1 120 pages.
- DICIONNAIRE MÉDICAL, par L. MANUILA, A. MANUILA, M. NICOULIN. *Collection Abrégés de Médecine*. 2001, 9^e édition, 712 pages.

NOUVEAUX CAHIERS DE L'INFIRMIÈRE

sous la direction de

L. PERLEMUTER
Professeur des universités

J. QUEVAUVILLIERS
Professeur émérite

G. PERLEMUTER
Chef de clinique-assistant

B. AMAR
Cadre infirmier-formateur

L. AUBERT
Consultant international-formateur

14

avec à l'intérieur un
- cahier
d'entraînement -

Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles psychiatriques

II. Prise en charge et diagnostics infirmiers

Marie-José COTTEREAU

Chef de service à l'hôpital de Maison-Blanche.

Avec la collaboration de :

**Édith BEAUSSIER, Dominique DESTRIAT, Alain FABRE,
Stéphane JOUVET, Jacques MARCHET, Annie MSELLATI, Gisèle PETZOLD,
Pascale PUZOS, Claudine TASSIE, Alexis VAN DER ELST**

MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ».

Cette pratique, qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisations de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

« Dans cet ouvrage, les quelques illustrations de situations psychiatriques courantes n'ont évidemment pas pour but de ridiculiser des personnes mais de dédramatiser des situations parfois difficiles et de schématiser des comportements (dont certains aspects peuvent prêter à sourire) pour en faciliter la mémorisation. »

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle par quelque procédé que ce soit des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© Masson, Paris, 2003
ISBN : 2-294-00041-2

Avant-propos de la collection

Le programme de formation en soins infirmiers articule les activités de soins avec la pathologie médicale et chirurgicale. L'ensemble de l'enseignement des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) est donc harmonisé avec celui des autres pays de la Communauté européenne.

L'**objectif** de la collection des *Nouveaux Cahiers de l'Infirmière* est de répondre aux critères de formation et d'exercice de la profession d'infirmier. Nous avons donc respecté le découpage et le contenu des enseignements en modules, respectant ainsi la grande liberté pédagogique des IFSI.

Comment cette collection des Nouveaux Cahiers de l'Infirmière a-t-elle été réalisée ?

Elle a été confiée à des équipes d'enseignants, médecins, cadres infirmiers, connus pour leur compétence pédagogique et pour la qualité de leur travail en commun. Le but est de répondre aux besoins réels des IFSI. Les directeurs de cette collection se sont montrés particulièrement vigilants à cet égard.

Que contiennent ces Nouveaux Cahiers de l'Infirmière ?

On trouvera dans chaque fascicule l'exposé concernant les connaissances — le savoir — mais aussi, dans les modules de soins, des fiches concernant le savoir-faire (*protocoles de soins, protocoles d'examen*) et le savoir-être (*démarches infirmières*). Les cas concrets permettent au lecteur de se situer par rapport à des situations réelles.

L'utilisation quotidienne des médicaments par les infirmières et leur responsabilité de plus en plus grande dans la surveillance des traitements nous ont incités à inclure, pour chaque pathologie, des rubriques de *pharmacologie pratique* où sont indiqués non seulement les noms commerciaux des médicaments mais aussi leurs principales propriétés, contre-indications, effets indésirables et la surveillance.

La *démarche infirmière* fait l'objet d'un développement entièrement nouveau au début des cahiers de pathologies. Sont ainsi développés : l'accueil du patient, les soins infirmiers spécifiques, le plan de soins infirmiers, les diagnostics prévalents, les transmissions, la sécurité sanitaire, les modalités de sortie du patient. La démarche de soins est illustrée par des cas cliniques.

La forme des Nouveaux Cahiers de l'Infirmière est entièrement nouvelle

Nous avons voulu que la lecture en soit agréable, et surtout que la mémorisation soit largement facilitée. L'impression en deux couleurs et en deux colonnes, la clarté de la mise en page et la disposition des schémas et des illustrations ont fait l'objet de tous les efforts du comité de rédaction et des éditeurs.

Nous désirons que cette collection soit votre collection. Nous serons donc attentifs aux remarques et aux suggestions que vous voudrez bien nous faire. Auteurs, directeurs et éditeurs de la collection des *Nouveaux Cahiers de l'Infirmière* ont travaillé avec enthousiasme pour que les lecteurs et lectrices disposent d'ouvrages qui leur permettent de réussir dans les meilleures conditions leur diplôme d'État. Il en vaut la peine !

Léon PERLEMUTER, Jacques QUEVAUVILLIERS,
Gabriel PERLEMUTER, Béatrice AMAR, Lucien AUBERT

Table des matières

Avant-propos de la collection	V
Avant-propos	1
Introduction	3
<hr/>	
1. Historique	5
<hr/>	
Un bref rappel historique	5
L'époque de la Grèce antique	5
La période gréco-romaine	5
Le Moyen Âge	5
L'Âge classique (de la Renaissance au siècle des Lumières)	6
Le siècle des Lumières (XVIII ^e siècle)	6
L'époque moderne et contemporaine	7
Organiciste (7) — Biologique (7) — Psychanalytique (8)	
Les développements actuels des grands courants psychiatriques du XIX^e siècle	8
<hr/>	
2. Soins infirmiers en psychiatrie	9
<hr/>	
L'accueil – Les conditions d'admissions	9
Les soins infirmiers spécifiques en psychiatrie	13
Soins de nature relationnelle	13
Soins et activités sociothérapeutiques	14
Soins et activités à visée psychothérapeutique	15
Soins à visée éducative	15
Les diagnostics infirmiers prévalents en psychiatrie	16
Les transmissions ciblées	16
Définition	16
Principes d'une transmission écrite	16
La cible	17
Les données (D)	17
Les actions ou interventions (A)	17
Les résultats (R)	17
Présentation de l'outil	17
Le diagramme de soins	21
Définition	21
Composantes d'un diagramme	21
Présentation de l'outil	21
La sécurité sanitaire en psychiatrie	22
La sécurité des médicaments	22
La sécurité du patient	22
La sécurité du personnel soignant	23
La gestion de la violence institutionnelle (23) — Les risques d'exposition au sang contaminé (24)	

La sortie	25
La décision de sortie	25
Continuité des soins	28
<hr/>	
3. Troubles névrotiques	29
<hr/>	
Définition	29
Principales théories étiopathogéniques	29
La symptomatologie névrotique	30
Symptômes névrotiques peu spécifiques	30
Symptômes névrotiques plus spécifiques	31
Les tranquillisants ou anxiolytiques	31
Névrose d'anxiété (trouble anxieux généralisé et trouble panique)	33
Le trouble anxieux généralisé	33
Le trouble panique	33
Évolution	33
Principes du traitement	33
<i>Trouble anxieux généralisé (33) — Trouble panique (37)</i>	
Névrose phobique	37
Clinique	37
Évolution	38
Principes du traitement	38
Névrose obsessionnelle ou trouble obsessionnel compulsif	40
Clinique	40
Évolution	40
Principes du traitement	40
Névrose hystérique	42
Clinique	42
<i>Symptômes de conversion hystérique (42) — Symptômes d'expression psychique ou manifestations dissociatives (43) — Caractères généraux des symptômes hystériques (43) — La personnalité hystérique (43)</i>	
Évolution	44
Principes du traitement	44
États réactionnels d'expression névrotique	45
Clinique	45
<i>L'état de stress post-traumatique (45) — La réaction névrotique aiguë (45)</i>	
Principes du traitement	47
L'hypochondrie	48
La névrose hypochondriaque	48
L'hypochondrie délirante	48
<hr/>	
4. Troubles de l'humeur	49
<hr/>	
Psychose maniaco-dépressive ou trouble bipolaire	49
Origines de la maladie maniaco-dépressive	49
Évolution de la maladie maniaco-dépressive	49
Prise en charge thérapeutique de la maladie maniaco-dépressive	50
<i>Les médicaments thymorégulateurs (50)</i>	

L'accès maniaque	52
Définition	52
Installation de l'accès maniaque	52
Tableau clinique de l'accès maniaque	52
Formes cliniques de l'état maniaque	53
Diagnostic de l'état maniaque	53
Traitement de l'accès maniaque	53
Les états dépressifs	57
Définition des états dépressifs	57
Causes de la dépression	57
Tableaux cliniques des états dépressifs	57
Formes cliniques de la dépression	59
Le traitement des états dépressifs	59
<i>Les médicaments antidépresseurs (60) — L'électroconvulsivothérapie (62) — La psychothérapie (63)</i>	
<hr/>	
5. Troubles psychotiques	69
<hr/>	
Généralités	69
Bouffée délirante aiguë	69
Description clinique	69
Étiologie	72
Traitement	72
Évolution	72
Schizophrénie	72
Généralités	72
Symptomatologie à la phase d'état	72
<i>Le syndrome dissociatif (73) — Le délire paranoïde (73)</i>	
Mode de début	73
<i>Formes à début aigu (73) — Formes à début progressif (74)</i>	
Formes cliniques et évolution	74
<i>Schizophrénie simple. Schizophrénie résiduelle (74) — Schizophrénie paranoïde (74) — Schizophrénie hébéphrénique et hébéphréno-catatonique (74) — Schizophrénies dysthymiques (74) — Schizophrénies pseudo-névrotiques (74)</i>	
Évolution et traitement	74
<i>Évolution (74) — Traitement (74)</i>	
Les psychoses non dissociatives ou syndromes délirants chroniques	80
Les délires paranoïaques	80
<i>Les délires passionnels (80) — Les délires de relations des sensitifs (81) — Les délires d'interprétations systématisés (81)</i>	
La psychose hallucinatoire chronique	81
Paraphrénie	84
DSM-IV	84
Historique du concept de schizophrénie	84
La schizophrénie	85
<i>Critères diagnostiques de la schizophrénie (85) — Sous-types de schizophrénie (85) — Autres troubles psychotiques (86)</i>	

6. Troubles des conduites instinctuelles	89
Troubles des conduites alimentaires	89
Définition	89
Anorexie	89
<i>Formes cliniques (89) — Évolution et pronostic (90) — Prise en charge et traitement (91)</i>	
Boulimie	91
<i>Clinique des accès boulimiques (91) — Formes cliniques (91) — Évolution (91) — Traitement (92)</i>	
Alcoolisme	92
Définition	92
Données épidémiologiques	93
Divers types de manifestations cliniques et leur prise en charge	93
<i>Intoxication aiguë (93) — Intoxication chronique (93) — Complications somatiques (95) — Traitement de la dépendance alcoolique à long terme (96)</i>	
Les toxicomanies	98
Définition	98
Les produits	98
<i>Classification clinique des drogues (98)</i>	
Données épidémiologiques	98
Toxicomanie aux opiacés	99
<i>Intoxication aiguë aux opiacées (99) — Syndrome de sevrage aux opiacés (99)</i>	
Toxicomanie au cannabis	99
<i>Intoxication aiguë (100)</i>	
Toxicomanie à la cocaïne	100
<i>Intoxication aiguë (100) — Traitements substitutifs (100)</i>	
Complications psychiatriques de la toxicomanie	102
<i>Pharmacopsychose (102) — Syndrome déficitaire ou amotivationnel (102) — Syndrome dépressif (102) — Troubles anxieux, troubles du sommeil (102) — Démence (102)</i>	
Troubles du sommeil	103
Introduction	103
Troubles primaires du sommeil	103
<i>Dyssomnies (103) — Parasomnies (103)</i>	
Troubles du sommeil liés à un autre trouble mental	104
Autres troubles du sommeil	104
Les hypnotiques	104
<i>Hypnotiques benzodiazépiniques (104) — Hypnotiques non benzodiazépiniques (105)</i>	
Troubles du comportement sexuel	105
Les principales paraphilies	105
Personnalité psychopathique	106
7. Troubles de la vigilance	107
La confusion mentale	107
Définition et sémiologie	107
Diagnostic DSM-IV et CIM-10	108
Étiologie	108
Traitement	108

8. Troubles intellectuels	111
Démence	111
Introduction	111
Critères diagnostiques DSM-IV des démences non spécifiques	111
Signes cliniques	112
<i>Troubles de la mémoire (112) — Troubles de l'orientation (112) — Troubles de l'attention (112) — Troubles du raisonnement (112) — Troubles du jugement (112) — Troubles du langage (112) — Troubles praxiques (112) — Troubles de la somatognosie (112) — Troubles psychiatriques (112)</i>	
Diagnostic	113
Étiologie	113
Maladie d'Alzheimer	114
Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ)	114
Traitement de la démence	114
<i>Troubles cognitifs (115) — Troubles psychiatriques (117)</i>	
Prise en charge générale de la personne démente	117
Cas particulier de l'hospitalisation en psychiatrie	120
Déficit mental	121
Arriérations mentales	121
<i>Étiologie (121)</i>	
Autismes, psychoses infantiles	122
Classifications internationales des maladies mentales	125
<i>Les divers modes de classification des maladies mentales</i>	125
La CIM-10	125
La DSM-IV	125
Glossaire	127
Cahier d'entraînement	135
Index	149

Sommaire des fiches

ÉTUDE DE CAS

ACCÈS MANIAQUE	54-56	HYSTÉRIE	44
ALCOOLISME	97	NÉVROSE PHOBIQUE	39
ANOREXIE MENTALE	90	NÉVROSE TRAUMATIQUE	46-47
BOUFFÉE DÉLIRANTE AIGUË	70-71	PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE ..	82-84
CONFUSION MENTALE	109	SCHIZOPHRÉNIE	78-79
DÉFICIT MENTAL	123-124	TOXICOMANIE	101
DÉMENCE	118-119	TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ	36
ÉTAT DÉPRESSIF	64-68	TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS ..	41-42

DIVERS

CHARTRE DE L'USAGER EN SANTÉ MENTALE	10-11	LES TED	122
CLINIQUE DE L'ANOREXIE MENTALE DE L'ADOLESCENTE	89	LOI DE JUIN 1990 (RÉVISÉE EN 2000)	12
LA COMMISSION DÉPARTEMENTALE DES HOSPITALISATIONS EN PSYCHIATRIE (CDHP)	26	MANIFESTATIONS CLINIQUES D'ORDRE NEUROLOGIQUE	94
L'ENTRETIEN INFIRMIER	13	STRUCTURES DE SOIN EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE	12

PHARMACOLOGIE

ANTICHOLINESTÉRAZIQUES	117	BENZODIAZÉPINES	32
ANTICŒVULSIVANTS	51	HYPNOTIQUES BENZODIAZÉPINIQUES	104
ANTIDÉPRESSEURS APPARENTÉS AUX TRICYCLIQUES	61	HYPNOTIQUES NON BENZODIAZÉPINIQUES ..	104
ANTIDÉPRESSEURS IMAO — IRRÉVERSIBLES ..	60	NEUROLEPTIQUES ATYPIQUES	77
ANTIDÉPRESSEURS IMAO — RÉVERSIBLES ..	60	NEUROLEPTIQUES : BENZAMIDES	76
ANTIDÉPRESSEURS INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE ET DE LA NORADRÉNALINE	62	NEUROLEPTIQUES : BUTYROPHÉNONES	75-76
ANTIDÉPRESSEURS INRS (INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE)	60	NEUROLEPTIQUES : DIBENZO-OXAZÉPINE	76
ANTIDÉPRESSEURS TRICYCLIQUES	61	NEUROLEPTIQUES : PHÉNOTHIAZINES	75
AUTRES ANTIDÉPRESSEURS	62	NEUROLEPTIQUES : THIOXANTHÈNES	76
		SELS DE LITHIUM	50
		TRAITEMENT DU DÉFICIT COGNITIF ET NEUROSENSORIEL DE LA PERSONNE ÂGÉE ..	116

CONDUITE À TENIR

LA FUGUE	120	SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE À LA VICTIME ...	23
LES UNITÉS POUR MALADES DIFFICILES (UMD)	24		

PROTOCOLE JURIDIQUE

LA PROTECTION DES BIENS	115
-------------------------------	-----

Avant-propos

L'infirmier(e) constitue le tiers indispensable entre le malade et le psychiatre. Il/elle :

- accueille le malade ;
- l'installe ;
- recueille les premières informations ;
- fait les premiers constats ;
- informe le médecin ;
- participe à la discussion diagnostique et thérapeutique ;
- met les soins en place ;
- organise le suivi.

Il n'est pas de soins en psychiatrie sans cette nécessaire confrontation qu'est le travail en équipe, sans cette reconnaissance de l'autre, qu'il soit collègue, médecin, assistante sociale, ergothérapeute.

C'est pourquoi, nous avons, pour élaborer ce manuel, constitué une équipe comprenant :

- 1 cadre infirmier supérieur ;

- 1 cadre infirmier ;
- 2 infirmiers ;
- 1 ingénieur responsable de la formation continue ;
- 4 praticiens hospitaliers ;
- 1 assistant.

5 groupes se sont formés, associant un infirmier ou un cadre infirmier et un médecin.

Chaque groupe, en fonction de sa formation théorique, a élaboré un ou plusieurs chapitres illustrant ainsi la diversité de la pratique psychiatrique.

La précieuse contribution de Madame Françoise Lemoine, cadre infirmier supérieur, nous a permis d'approfondir le domaine encore nouveau des transmissions ciblées et du plan de soins.

Nous espérons que vous éprouverez autant d'intérêt à entrer avec nous dans le domaine de la pathologie mentale que nous en avons eu à travailler ensemble et à écrire ce manuel.

Docteur COTTEREAU

Introduction

Le préambule de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé définit le concept de santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social ». Mais ce n'est qu'à la fin du XVIII^e siècle que « l'aliénation mentale » se distingue de la folie et que prend naissance au sein des asiles, le « traitement moral » des malades mentaux. Peu à peu, la sémiologie psychiatrique se constitue : les aliénés sont des malades dont les symptômes peuvent être identifiés et regroupés au sein de grandes entités pathologiques. Médecine et psychiatrie restent étroitement intriquées : chacune s'enrichit de la connaissance de l'autre pour donner à l'homme malade toute sa dimension d'être humain avec ses atteintes physiques, mais aussi ses réactions au milieu dans lequel il évolue.

La maladie mentale est la réaction psychologique ou/et comportementale face à des circonstances intérieures et extérieures que l'individu, malgré les mécanismes de défense habituellement mobilisables qui structurent sa personnalité, n'a pu surmonter.

Généralement, le malade mental n'est pas considéré comme un être normal. Si la notion de normalité n'existe pas en soi, elle est tout de même envisagée par rapport aux autres, à l'idéal, à la règle établie. L'opinion courante considère qu'être normal c'est avoir en soi la capacité quels que soient les problèmes rencontrés et les difficultés à surmonter, de s'en accommoder, de s'en arranger sans modifier ses relations avec les autres en évitant de se faire rejeter par eux.

Mais les choses ne sont pas si simples, ni les frontières si tranchées : qui sait quand la barrière imperceptible qui sépare la réalité du délire s'effondre, quand le rêve devient cauchemar, la tristesse dépression, l'imagination aberration de la pensée, le discours incompréhensible, le comportement désadapté.

► **LES DIVERS ABORDS CONCEPTUELS** de la pathologie mentale : être soignant en psychiatrie, c'est composer avec la manière dont le patient affronte sa maladie, sa souffrance, la vie et ses événements, mais aussi avec la compréhension et l'empathie dont nous pouvons faire preuve.

Mais que savons-nous de la maladie mentale ?

Ses causes encore mal élucidées, ses mécanismes polymorphes et vraisemblablement intriqués débouchent sur des abords thérapeutiques diversifiés, parfois complémentaires.

► **LES THÉORIES GÉNÉTIQUES** reposent sur le constat d'une transmission héréditaire comme celle de la psychose maniaco-dépressive. Mais il n'existe à ce jour aucune thérapeutique génétique en pathologie mentale.

► **LES THÉORIES NEUROBIOLOGIQUES** sont étayées par :

● la découverte de modifications neuroanatomiques et neurophysiologiques dans les formes déficitaires de la schizophrénie ;

● l'étude des effets des médicaments sur les neurotransmetteurs chimiques centraux, mais reflètent-ils pour autant une atteinte des circuits concernés ?

Elles servent de fondement aux traitements médicamenteux.

► **LES THÉORIES ENVIRONNEMENTALES** découlent d'études portant sur les conséquences des traumatismes psychologiques à savoir le stress post-traumatique à la suite d'agressions de tout ordre.

► **LES THÉORIES COMPORTEMENTALES** sous-tendues au départ par la notion de conditionnement pavlovien incitent l'individu à modifier ses comportements désadaptés en affrontant les situations angoissantes (telle la crainte de monter en avion) grâce à une dédramatisation faisant appel à ses ressources internes ou/et à un accompagnement extérieur.

► **LES THÉRAPIES COGNITIVES** font appel aux possibilités que tout un chacun a de réfléchir sur les conséquences de ses actes, à les anticiper.

Ces abords conceptuels et les schémas de soins qui en découlent sont les outils d'une prise en charge adaptable en fonction de chaque patient, mais aussi de chaque thérapeute.

Cependant, l'abord des pathologies graves, qu'il s'agisse des psychoses, des comportements psychopathiques relève d'un consensus institutionnel : à l'équipe soignante d'élaborer et de définir un projet

thérapeutique cohérent, reconnu et mis en œuvre par chacun.

Enfin, la maladie mentale ne s'exprime pas seulement au niveau de l'individu mais s'étend à ses circuits relationnels, voire à ses possibilités d'adaptation familiales et sociales. Elle génère un handicap qui au-delà de l'hospitalisation relève d'une double intervention sanitaire et sociale : la circulaire du 15 mars 1960 sur la sectorisation a permis la mise en place, là où vit le malade, d'un réseau de soins en se proposant :

- de traiter les troubles mentaux à un stade précoce en développant la prévention primaire;
- de séparer le moins possible le malade de son milieu en mettant en place des structures de soins ambulatoires comme les dispensaires d'hygiène mentale;
- d'assurer une posture évitant l'hospitalisation par des soins ambulatoires réalisés par une même équipe pluridisciplinaire.

Le dispositif prévu est complexe et comporte une gamme étendue de structures thérapeutiques correspondant à toutes les étapes évolutives de la maladie mentale : il permet la continuité des soins.

Les soins infirmiers psychiatriques relèvent d'une spécificité : en effet la relation infirmier/malade

est une relation thérapeutique différente d'une relation sociale ordinaire. Le malade mental étant handicapé dans ses échanges sociaux, il ne parvient plus à maintenir des échanges adéquats avec son environnement social. À un certain degré de désorganisation de sa personnalité, il apparaît comme étranger, en rupture avec les autres. Il va falloir alors décoder son mode de relation et se faire accepter pour l'amener progressivement à se réadapter et à se réinsérer. La relation thérapeutique n'est pas un rapport de force mais un dialogue qui repose sur l'écoute, la compréhension, la patience et le bon sens.

La relation duelle infirmier/patient est avant tout une relation professionnelle fondée sur la connaissance du fonctionnement mental et du comportement humain. Pour soigner et permettre au patient d'atteindre un état de bien-être optimal, l'infirmière utilise le processus interactif et systémique de résolution de problèmes qu'est la démarche de soins. L'usage des diagnostics infirmiers lui permet de définir des objectifs ou résultats escomptés, prévisibles, quantifiables, toujours individualisés. Ainsi peut-elle définir un projet de soins déterminé en fonction du diagnostic médical et des besoins du patient.

Historique

1

Un bref rappel historique

L'époque de la Grèce antique

C'est à cette époque que se situent les premiers repérages de « l'*aliénatio mentis* » (Asclepiade) en tant que manifestation naturelle relevant d'une perturbation des humeurs qui président au fonctionnement du corps. Selon Hippocrate, conscience et mouvement sont générés par la circulation de l'air au travers du corps. Il n'y a pas de distinction entre maladie du corps et maladie de l'esprit.

● **L'âme se situe dans le cerveau** dont :

- la partie antérieure gère l'imagination;
- la partie centrale, la raison;
- la partie postérieure, la mémoire.

● **Se distinguent alors :**

- la *phrénitis* : délire aigu d'origine toxique ou infectieuse;
- la *mania* : maladie mentale chronique;
- la *mélancolia* : état de tristesse et de crainte induit par une altération de la « bile noire »;
- l'hystérie liée à la migration de l'utérus desséché par la chasteté.

Le psychiatre est, selon la terminologie grecque, le médecin (*iatros*) de l'âme (*psyché*).

En cette période, l'irresponsabilité de l'aliéné est reconnue : il ne peut être puni pour un acte commis sous l'influence de la folie. Dès lors, il doit être enfermé.

De même, les malades mentaux et les handicapés sont dotés de curateurs qui sont, en règle générale, leurs héritiers légitimes.

Plus tard, les romains désignent la maladie mentale sous le terme de folie (*follis*) qui signifie « outre gonflée de vent ».

La période gréco-romaine

La pensée psychiatrique de la période gréco-romaine est transmise et enrichie par l'Islam : le courant arabo-musulman est porté par Avicenne (980-1037), médecin et philosophe persan connu au travers de deux grandes œuvres : le *Canon* et le *Livre de la guérison* (*Kitab al Shifa*).

Reprenant les diagnostics de manie (maladie noire) et de mélancolie faite de suspicions, d'hallucinations et de craintes irraisonnées, il insiste dans le *Canon*, sur le fait que « les remèdes psychiques doivent toujours aider à la thérapeutique médicamenteuse et la compléter en accroissant la résistance du malade ».

Un siècle plus tard à Cordoue, Averroes (1126-1198), médecin mais aussi philosophe et théologien, revient au courant organiciste en précisant l'anatomie et la physiologie du cerveau d'où découlent l'imagination, la réflexion, la mémoire et la conservation.

Le Moyen Âge

La représentation de la maladie mentale au Moyen Âge est subordonnée au christianisme : la maladie trouve ses origines dans le désordre moral et l'insensé est un pécheur victime de ses dépravations et de ses vices.

● **La folie relève :**

- soit de forces surnaturelles, la possession diabolique dont le sujet peut être libéré par le rite conjuratoire de l'exorcisme. Tant qu'il est considéré comme ensorcelé, il n'est pas brûlé;
- soit de facteurs naturels, tels que le désespoir amoureux, le deuil, la souffrance.



Figure 1.1. Attaque démoniaque. Richer, Études clinique sur la grande hystérie, 1887.

Elle se rationalise au travers de l'image du « fou de cour », bouffon grotesque et inspiré qui délivre son message par la dérision.

L'âge classique (de la Renaissance au siècle des Lumières)

● La folie imprègne la littérature au travers :

- de *La Nef des fous* (*Das Narren Schyff*) de Sebastian Brandt qui servira d'introduction à la thèse de Foucault (*Histoire de la Folie à l'âge classique*, 1961) ;
- de *l'Éloge de la Folie* d'Érasme ;
- du *Roland furieux* de l'Arioste ;
- d'*Utopie* de Thomas More ;
- d'*Hamlet* et du *Roi Lear* de Shakespeare.

● Et prend forme dans :

- les gravures de Dürer ;
- les illustrations de l'œuvre d'Érasme par Holbein ;
- les tableaux de Jérôme Bosch.

Philosophes, théologiens, écrivains, peintres s'interrogent sur les rapports entre folie et déraison, réel et imaginaire, folie et possession, voire fantasque et fantastique.

Parmi eux, Paracelse fait appel à l'astrologie et à l'alchimie pour mettre en évidence la nature chimique des phénomènes vitaux ainsi que l'influence des cataclysmes sur les états critiques telle que l'épilepsie.

Mais la référence aux quatre humeurs qui gouvernent la physiologie du corps est finalement supplantée par le modèle opératoire de Sydenham constitué par le regroupement caractéristique des symptômes qui permet d'identifier la maladie : il décrit aussi la chorée.

C'est à cette époque que se met en place une assistance aux malades sous forme d'établissements destinés à les accueillir. Nombre d'entre eux sont gérés par des religieux.

Progressivement, l'hôpital est institutionnalisé et fait l'objet d'un règlement général.

À Paris, cinq établissements reçoivent indistinctement sur ordre du roi, les vagabonds, les gueux, les insensés et les libertins.

Ce sont :

- la Pitié ;
- la Salpêtrière ;
- la Savonnerie ;
- Bicêtre ;
- Scipion.

Le siècle des Lumières (xviii^e siècle)

Les philosophes contribuent au développement de la médecine par la mise en place de méthodes basées sur l'observation, le raisonnement et la critique.

Très vite, les recherches anatomiques et physiologiques tentent d'identifier une lésion causale au niveau des organes.

L'examen des signes cliniques au lit du malade (où se fait l'enseignement), le regroupement des données anatomo-cliniques constituent les fondements de la sémiologie et de la nosologie.

Cullen (professeur à Glasgow et à Édimbourg) crée le terme de « névrose » qui englobe l'ensemble des maladies nerveuses à savoir :

- les comas ;
- les adynamies ou faiblesses ;
- les affections spasmodiques ;
- les vésanies.

La maladie mentale ou « aliénation mentale » est identifiée comme processus pathologique unique aux modes d'expression diversifiés.

Pinel voit dans l'aliénation mentale une maladie distincte des atteintes somatiques et lui préconise un traitement moral : les aliénés doivent être soignés dans des institutions spécifiques au sein desquelles règne l'hygiène, où est dispensée une alimentation saine et où le personnel instaure une police intérieure grâce au climat de confiance. Il est reconnu comme le libérateur des agités alors enchaînés.

Deux de ses élèves, Esquirol et Ferrus sont à l'origine de la loi de 1838, signée par Louis-Philippe qui instaure un contrôle par l'autorité publique de l'admission et du maintien des aliénés dans les établissements tant publics que privés et veille à la gestion de leurs biens par des administrateurs provisoires.



Figure 1.2. Philippe Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière.

L'époque moderne et contemporaine

Cette époque voit l'essor de la clinique psychiatrique. L'analyse des symptômes, la mise en place de la sémiologie mettent fin à l'entité unique « d'aliénation » au profit d'entités morbides :

- d'abord définies par un symptôme : les « monomanies » ;
- puis par un regroupement symptomatique spécifique.

Parallèlement, des tentatives d'explication du processus pathologique se mettent en place.

Organiciste

Sur le modèle de la « paralysie générale » reliée à une inflammation méningée chronique d'origine syphilitique (Bayle et Fournier).

L'efflorescence littéraire de drogues ouvrant les portes des paradis artificiels (Baudelaire, Gauthier) offre des modèles expérimentaux (Moreau de Tours).

Certains psychiatres (Morel, Magnan) vont jusqu'à évoquer une théorie de la dégénérescence éventuellement héréditaire.

C'est au sein du courant organiciste que Kraepelin, à la tête de l'Institut de recherches de Munich, pose les bases de la classification actuelle des

maladies mentales. Il distingue deux grandes catégories de psychoses :

- la psychose maniaco-dépressive ou psychose périodique curable ;
 - et la démence précoce qu'il considère comme incurable.
- Bleuler, un psychiatre Suisse, conteste le caractère incurable de la démence précoce qu'il nomme schizophrénie en associant les termes :
- *schizein* : séparer ;
 - *phren* : pensée.

La schizophrénie est une maladie qui entraîne la rupture des processus associatifs de la pensée.

Biologique

Dérivant du courant organiciste et se référant à la découverte des premiers médicaments à incidence sur le psychisme.

En effet, les traitements classiques à base de saignées, de balnéothérapie, de règles hygiénodiététiques se révélaient peu efficaces sur les psychoses.

La première thérapeutique efficace est l'électroconvulsivothérapie (Cerletti et Bini) : le passage d'un courant électrique au travers du cerveau suscite une crise d'épilepsie expérimentale qui atténue les symptômes de la psychose maniaco-dépressive.

Mais c'est la découverte du premier neuroleptique : la chlorpromazine (*Largactil*), susceptible de réduire l'agitation, l'angoisse et le délire qui marque l'entrée dans l'ère pharmacologique.

Successivement sont synthétisés :

- les neuroleptiques;
- les antidépresseurs;
- et enfin les thymorégulateurs.

Psychanalytique

Initiée par Freud et déterminante pour l'étude des névroses. Celles-ci sont conçues comme des perturbations affectives résultant d'événements vécus à un stade précoce du développement de l'enfant. Les symptômes n'ont de sens qu'au travers d'une perception globale de l'individu.

Les développements actuels des grands courants psychiatriques du XIX^e siècle

<i>Courant organiciste</i>	Recherches d'atteintes cérébrales chez les schizophrènes : - anomalies de l'IRM; - anomalies de la consommation cérébrale du glucose - de l'oxygène. Étude des anomalies des mouvements oculaires.
	Étude de l'effet des médicaments sur le cerveau et recherches sur les anomalies des substances neuro-médiatrices.
<i>Théories de la dégénérescence</i>	Étude des maladies induites par des phénomènes géographiques (teneur en iode, etc.). Études génétiques.
<i>Théories analytiques</i>	Psychanalyse. Psychothérapies.

Ces diverses approches, visant à considérer l'homme malade comme un individu soumis tant à ses atteintes et problématiques internes qu'aux facteurs environnementaux, ont profondément modifié la prise en charge des malades mentaux, en particulier en le soignant par les diverses méthodes susceptibles de l'améliorer au sein de son milieu et dans la continuité. C'est l'éclosion, puis le développement de la psychiatrie institutionnelle avec sa première conséquence, la sectorisation psychiatrique qui permet la mise en place au sein de chaque secteur géographique des diverses structures capables d'assurer le suivi des patients :

- centres médicopsychologiques;
- hôpitaux de jour;
- hospitalisation temps plein.

Mais aussi :

- foyers de postcure;
- centres d'accueil thérapeutique à temps partiel;
- accueil familial thérapeutique.

Cependant, l'histoire de la psychiatrie n'est pas à son terme : la complexité des mécanismes qui contribuent au fonctionnement du psychisme réserve encore quelques marges d'exploration et de recherches.

Soins infirmiers en psychiatrie

2

Bien que le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession s'applique à l'ensemble de la pratique infirmière, il n'en reste pas moins que la démarche de l'infirmier en psychiatrie reste spécifique en termes d'écoute, de disponibilité relationnelle, d'aptitude à se comprendre, s'analyser, se contrôler, pour mieux comprendre, analyser, rassurer le patient en état de souffrance psychique.

Bien souvent, ce patient n'est pas conscient de sa pathologie ou la dénie, parfois avec violence. L'infirmier n'est pas seulement là pour assurer des soins techniques mais aussi et surtout pour :

- écouter et favoriser l'expression de l'angoisse, du mal-être, voire du délire;
- rassurer;
- canaliser les comportements inadéquats;
- apaiser par sa compréhension;
- développer un climat de confiance;
- susciter le dialogue et la participation à la vie du service.

Surtout, l'ensemble de cette démarche doit être cohérent au sein de l'équipe qui prend en charge le patient et s'articule autour du projet de soins élaboré dès les premières rencontres et observations.

► **LE PROJET DE SOINS** est constitué à partir des observations infirmières, du recueil des besoins du

patient, de l'examen médical qui, à partir d'une première évaluation des symptômes, des cibles, et des ressources psychologiques du patient, permettent d'établir :

- les diagnostics infirmiers,
- le diagnostic médical,
- le projet de soins; consignés dans le dossier de soins infirmiers.

Et de définir la ou les thérapeutiques à mettre en œuvre.

C'est dire l'importance toute particulière en psychiatrie du travail en équipe et de la démarche institutionnelle qui donnent une cohérence aux divers avis exprimés et fixent la ligne de conduite à laquelle chacun a son rôle à jouer.

L'équipe infirmière, présente 24 heures sur 24, joue un rôle essentiel dans le suivi du projet de soins :

- en transmettant ses observations à l'ensemble des intervenants tant au niveau du dossier infirmier (transmission écrite) qu'au travers des inter-équipes (transmission orale) à l'occasion des relèves;
- en assurant les soins prescrits;
- en vérifiant si les objectifs définis sont atteints;
- en assurant la coordination avec les autres intervenants (ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciennes, psychologues, etc.).

L'accueil – Les conditions d'admissions

L'accueil, premier acte thérapeutique infirmier, est une réponse immédiate, mais non définitive à un état de souffrance du patient.

L'accueil est le moment essentiel de la rencontre entre une personne en situation de désarroi et les soignants.

Souvent, le patient n'a pas conscience de la nature de ses troubles, voire même est là contre son gré, conduit par des ambulanciers à la demande d'un tiers ou par la police. Hanté par ses craintes, ses fantasmes, ses hallucinations, il

s'interroge sur le lieu où il se trouve, les personnes qu'il rencontre : s'agit-il d'inconnus bienveillants ou malveillants ou d'ennemis prêts à l'agresser ?

De ces premiers instants découle souvent la qualité des relations ultérieures.

Il est donc essentiel d'insister sur un certain nombre de paramètres de cette rencontre.

► **L'ÉCOUTE** : faite d'attention, de disponibilité. Les soignants ne doivent pas laisser d'autres patients ou d'autres personnes interférer dans l'entretien.

CHARTRE DE L'USAGER EN SANTÉ MENTALE

Une personne à part entière

L'usager en santé mentale est une personne qui doit être traitée avec le respect et la sollicitude dus à la dignité de la personne humaine.

C'est une personne qui a le droit au respect de son intimité (effets personnels, courrier, soins, toilette, espace personnel, etc.), de sa vie privée, ainsi qu'à la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales la concernant.

Le secret professionnel lui est garanti par des moyens mis en œuvre à cet effet.

Tout ce que le malade a dit au psychiatre et tout ce que celui-ci a remarqué pendant son examen ou le traitement, doit être couvert par le secret, à moins qu'il apparaisse nécessaire de rompre le secret pour éviter des dommages graves au malade lui-même ou à des tiers. Dans ce cas toutefois, le malade doit être informé de la rupture du secret.

C'est une personne qui ne doit pas être infantilisée ou considérée comme handicapée physique ou mentale.

C'est une personne dont on doit respecter les croyances et qui peut faire appel au ministre du culte de son choix.

Une personne qui souffre

L'usager en santé mentale est une personne qui ne se réduit pas à une maladie, mais souffre d'une maladie.

Cette maladie n'est pas une maladie honteuse, mais une maladie qui se soigne et se vit.

La prise en compte de la dimension douloureuse, physique et psychologique des usagers en santé mentale doit être une préoccupation constante de tous les intervenants.

Le psychiatre doit proposer aux usagers la meilleure thérapeutique existant à sa connaissance.

Les professionnels de santé mentale doivent travailler en réseau afin d'échanger les informations utiles concernant l'usager et d'optimiser ainsi la prise en charge médicale et sociale. Sera notamment assurée une bonne coordination psychiatre-médecin généraliste (le lien psychiatre-médecin de famille est en effet l'un des maillons essentiels d'une prise en charge de qualité au plus près du lieu de vie du patient). Ce nécessaire travail en réseau doit être particulièrement vigilant au respect du secret professionnel.

Compte tenu des liens organiques entre sanitaire et social dans le domaine de la santé mentale, les projets élaborés au bénéfice des usagers ne doivent pas pâtir de divisions artificielles des champs d'intervention.

L'accessibilité aux soins doit être assurée et l'usager doit être accueilli chaleureusement dans les délais raisonnables et dans des locaux aménagés pour son bien-être.

En cas d'hospitalisation, l'usager dispose de ses effets personnels durant son séjour, sauf si des raisons de sécurité s'y opposent.

Il doit lui être remis un livret d'accueil exposant les informations pratiques concernant son séjour et le lieu de son hospitalisation, et l'informant de ses droits et de ses devoirs.

Les communications téléphoniques, les visites et les sorties dans l'enceinte de l'établissement feront l'objet d'un contrat qui sera discuté régulièrement entre le patient et le médecin, et devront se faire dans le respect de l'intimité des autres patients.

Une attention particulière sera accordée à l'organisation de soins de qualité lorsqu'ils sont nécessaires après une hospitalisation.

Une personne informée de façon adaptée, claire et loyale

L'usager a le droit au libre choix de son praticien et de son établissement, principe fondamental dans notre législation sanitaire de libre engagement réciproque dans une relation contractuelle, hors le cas d'urgence et celui où le médecin manquerait à ses devoirs d'humanité (art. L. 1111-1 du Code de la santé publique et art. 47 du Code de déontologie médicale).

Il est informé de la fonction, de l'identité des personnes intervenant auprès de lui, et de l'organisation du dispositif de soins (structures du secteur et intersectorielles, etc.).

Toute personne peut avoir accès aux informations contenues dans ses dossiers médical et administratif, selon les modalités définies par la loi.

Le secret médical ne peut s'exercer à l'égard du patient; le médecin doit donner une information simple, loyale, intelligible et accessible sur l'état de santé, les soins proposés (notamment sur les effets dits « secondaires » du traitement appliqué), et sur les éventuelles alternatives thérapeutiques. Hors situation d'urgence, tout usager peut estimer ne pas être suffisamment informé, souhaiter un délai de réflexion ou l'obtention d'un autre avis médical.

Préalablement à la recherche biomédicale, son consentement libre, éclairé et exprès doit être recueilli dans le strict respect de la loi.

Les patients donnent leur consentement préalable s'ils sont amenés à faire l'objet d'actions de formation (initiale et continue) du personnel soignant. Il ne peut être passé outre à un refus du patient.

Les mineurs sont informés en fonction de leur âge et de leurs facultés de compréhension dans la mesure du possible et indépendamment de l'indispensable information de leurs représentants légaux.

Avec l'accord préalable du patient si son état de santé le permet, et si possible en présence de celui-ci, les proches doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour avoir un dialogue avec le médecin responsable et les soignants.

L'usager a la possibilité de rencontrer une assistante sociale.

Si une hospitalisation s'avère nécessaire, les patients reçoivent aussitôt une information claire et adaptée sur les modalités de cette hospitalisation et les voies de recours. Cette information qui risque d'être mal comprise en raison de la gravité du tableau clinique initial, sera reprise ultérieurement autant que nécessaire.

L'usager reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur les conditions d'accueil et de séjour.

Une personne qui participe activement aux décisions la concernant

La participation active de l'usager à toute décision le concernant doit toujours être sollicitée en le situant au centre de la démarche de soins dans un processus continu d'adhésion.

Hors les cas d'hospitalisation sous contrainte définis par la loi, un patient hospitalisé peut, à tout moment, quitter l'établissement après avoir été informé des risques possibles pour son état et après avoir signé une décharge.

Aucune démarche ne doit être engagée et aucun traitement ne doit être donné contre ou sans sa volonté, à moins que, en raison de sa maladie mentale, il ne puisse porter un jugement sur ce qui est son intérêt, ou à moins que l'absence de traitement puisse avoir des conséquences graves pour lui ou pour des tiers.

CHARTRE DE L'USAGER EN SANTÉ MENTALE (suite)

Le patient ne peut être retenu dans l'établissement, hormis les cas de la législation où son état nécessite des soins sans son consentement. Il doit alors être informé de sa situation juridique et de ses droits.

Compte tenu des enjeux liant (particulièrement en santé mentale) efficacité et adhésion au traitement, même dans ce cas où son état nécessite des soins sans son consentement, sera néanmoins toujours recherché le plus haut degré d'information et de participation à tout ce qui le concerne dans ses soins ou sa vie quotidienne.

Toutefois, la construction d'une véritable alliance thérapeutique ne peut être confondue avec une simple transparence réciproque.

Dès que disparaissent les circonstances qui ont rendu nécessaire l'hospitalisation de l'usager contre sa volonté, le psychiatre doit interrompre les mesures appliquées contre cette volonté.

Le mineur ne pouvant prendre de décisions graves le concernant, il revient aux détenteurs de l'autorité parentale d'exprimer leur consentement. Toutefois, lorsque la santé d'un mineur risque d'être compromise par le refus du représentant légal ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le praticien peut saisir le procureur de la République afin de pouvoir donner les soins qui s'imposent. On sera néanmoins attentif à ce que ces mesures ne puissent en aucun cas être prolongées au-delà de ce qui est médicalement indiqué. Si l'avis du mineur peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible.

Le médecin doit tenir compte de l'avis de l'incapable majeur et de ses représentants légaux.

Une personne responsable qui peut s'estimer lésée

Indépendamment d'observations exprimées dans le cadre de questionnaires évaluatifs de satisfaction (remis avec le livret d'accueil à chaque patient), l'usager ou ses ayants droit peuvent faire part directement au directeur de l'établissement de leurs avis, de leurs vœux ou de leurs doléances.

S'ils souhaitent se plaindre d'un dysfonctionnement ou s'ils estiment avoir subi un préjudice, ils peuvent saisir le directeur de l'hôpital, les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, les commissions locales de conciliation chargées de les assister et de les orienter en leur indiquant les voies de conciliation et de recours dont ils disposent (dans des délais suffisamment rapides pour ne pas les pénaliser).

Une personne dont l'environnement socio-familial et professionnel est pris en compte

Les actions menées auprès des usagers veillent à s'inscrire dans une politique visant à véhiculer une image moins dévalorisante de la maladie mentale afin de favoriser leur insertion en milieu socio-professionnel où ils sont encore trop souvent victimes de discrimination.

Les équipes soignantes ont le souci tout au long du traitement, de mobiliser le patient de façon positive autour de ses capacités, connaissances, savoir-faire pour les exploiter afin qu'il puisse se reconstruire, en favorisant une réinsertion sociale par paliers. Chaque étape sera discutée avec le patient, pour respecter ainsi le rythme de chacun.

Dans le strict respect de l'accord du patient, la famille peut aussi être associée au projet thérapeutique, informée de la maladie

afin d'adopter l'attitude la plus juste et être soutenue dans ses difficultés.

Une personne qui sort de son isolement

Le patient doit recevoir une information sur les associations d'usagers qu'il peut contacter, et qui ont pour fonction de créer une chaîne de solidarité; lieux d'information, d'écoute, de rencontre, d'échange, de convivialité et de réconfort, qui pourront l'aider à tisser des liens sociaux en bonne coordination avec les professionnels des champs sanitaire et social.

Une personne citoyenne, actrice à part entière de la politique de santé, et dont la parole influence l'évolution des dispositifs de soins et de prévention

La satisfaction de l'usager en santé mentale doit être régulièrement évaluée par des enquêtes portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour, enquêtes qui servent de base à l'amélioration de la qualité de l'information et des soins.

Dans le cadre d'un dialogue dont le développement s'avère particulièrement fécond, les usagers apportent à travers leur expérience, leur contribution à la réflexion et aux décisions des instances concernant la santé mentale, par leur participation active à chacun des niveaux de leur élaboration :

- NIVEAU LOCAL (Conseil d'administration, Commission de conciliation, CLIN, CDHP, Conseil de secteur, groupes de travail notamment ceux en lien avec la démarche qualité et l'accréditation des établissements, etc.);
- NIVEAU RÉGIONAL (Conférence régionale de santé, SROSS et Carte sanitaire, groupes de travail mis en place par l'ARH et la DRASS, etc.);
- NIVEAU NATIONAL (Conférence nationale de santé, etc.)

Dans une démarche d'amélioration constante de la qualité de l'information, de l'accueil, des soins et de la prévention, les professionnels facilitent les conditions de la mise en place de la représentation des usagers, en soutenant leurs initiatives de création d'associations qui leur permettent de sortir de leur isolement et d'exprimer leurs besoins, avis et propositions aux personnels et aux décideurs du système de santé. Dans la marche vivifiante d'une véritable démocratie sanitaire, les usagers en santé mentale apportent ainsi par leur participation active et avérée, une contribution citoyenne décisive pour une évolution positive à visage humain des dispositifs de soins et de prévention de notre pays.

Cette charte a été signée à Paris le 8 décembre 2000 en présence de :

M^{me} Dominique GILLOT
Secrétaire d'État à la Santé et aux Handicapés

Par :

M^{me} Claude FINKELSTEIN
Présidente de la FNAP Psy

Docteur Alain PIDOLLE
Président de la conférence

M. Jacques LOMBARD
Président d'honneur
de la FNAP Psy

Docteur Yvan HALIMI
Vice-président de la conférence
(Relations avec les usagers et les familles)

FNAP Psy
24, rue de Maubeuge
75009 Paris

Conférence des pdts de CME de CHS
Clinique de psychologie médicale
57370 Phalsbourg

LOI DE JUIN 1990 (RÉVISÉE EN 2000)

La loi de juin 1990 régit l'hospitalisation en psychiatrie. L'hospitalisation libre est la règle, mais la loi définit les conditions dans lesquelles un patient peut être hospitalisé sous contrainte. Il s'agit de l'hospitalisation d'office (HO) et de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT).

- **L'hospitalisation d'office** concerne les patients dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public et/ou la sûreté des personnes. Un certificat médical circonstancié est nécessaire. Il doit être établi par un médecin extérieur à l'hôpital d'accueil du patient. C'est le préfet qui décide de l'admission sous la forme d'un arrêté nominatif. En cas d'urgence, le maire ou le commissaire de police à Paris peut prendre toutes les mesures provisoires à l'égard des personnes qui représentent un danger imminent pour la sûreté des personnes, à charge d'en référer au préfet sous 24 heures.

Au cours de l'hospitalisation, des certificats médicaux sont obligatoires : certificat de 24 heures, de quinzaine, mensuel, de situation, de sortie d'essai, de sortie définitive.

C'est le préfet qui décide des modalités de l'hospitalisation (admission, maintien, sortie d'essai, sortie définitive).

- **L'hospitalisation à la demande d'un tiers** concerne les patients dont les troubles mentaux nécessitent des soins immédiats et une surveillance constante en milieu hospitalier et qui ne peuvent donner leur consentement. Il nécessite une demande manuscrite d'un tiers (famille ou personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient), et deux certificats médicaux circonstanciés dont l'un au moins est établi par un médecin extérieur à l'établissement. En cas de **péril imminent**, un seul certificat suffit, éventuellement fait par un médecin de l'établissement.

Les mêmes certificats sont obligatoires au cours de l'hospitalisation.

Cette modalité d'hospitalisation (admission, maintien, sortie d'essai, sortie définitive) est décidée par le directeur de l'établissement au vu du dossier.

La loi prévoit la protection des droits des malades hospitalisés.

STRUCTURES DE SOIN EN PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

- **Centres médicopsychologiques (CMP)** : unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, ils organisent la prévention, le diagnostic et les soins ambulatoires ainsi que les interventions à domicile.

- **Centre d'accueil permanent** : CMP ouverts 24 h/24 et habilités à accueillir les urgences psychiatriques.

- **Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)** : structures souples, intermédiaires entre hôpital de jour et CMP, ils assurent soins, prévention, action d'autonomisation et de réinsertion le plus souvent par le biais d'activités de groupe.

- **Centre d'accueil et de crise (CAC)** : centre permanent disposant de quelques lits d'hospitalisation pour des prises en charge brèves et intensives dans des situations d'urgence ou de détresse.

- **Hôpital temps plein** : prise en charge classique 24 h/24.

- **Hôpital de jour** : structures de soins polyvalents à la journée ou à temps partiel.

- **Hôpital de nuit** : prise en charge médicalisée en fin de journée et la nuit.

- **Service d'hospitalisation à domicile** : organise et effectue des prises en charge à domicile.

- **Centre de posture, foyer de posture** : unité de moyen séjour qui assure des soins actifs et un travail d'autonomisation et de réadaptation.

- **Atelier thérapeutique** : structure utilisant des activités type ergothérapie, en vue de l'entraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale.

- **Accueil familial thérapeutique** : alternative à l'hospitalisation, poursuite des soins dans une famille rémunérée et en lien avec une équipe psychiatrique.

- **Appartement thérapeutique** : mise à disposition d'une place en appartement avec présence discontinue de personnel soignant, dans le but d'une réinsertion.

- ▶ **LA NEUTRALITÉ** : souvent, les propos, les délires, les comportements des patients ont un côté étrange, provoquant, voire inquiétant. Il s'agit d'une fenêtre ouverte sur un monde qui nous est étranger mais qu'il ne nous appartient pas de juger.

- ▶ **L'ATTITUDE CONTENANTE** : d'emblée, les troubles du comportement, dès lors qu'ils mettent en danger le patient, son environnement, les soignants, doivent être contenus. La mise en route du traitement prescrit en urgence, voire l'isolement peuvent être nécessaires.

- ▶ **L'EXPLICATION CONCERNANT** :

- **Les lieux** : quels sont ces locaux ? La visite de la chambre affectée, des sanitaires, des lieux communs dédramatise l'arrivée forcée.

- **Les personnes** : le patient doit pouvoir très vite comprendre à qui il s'adresse, quel est le rôle propre de chacun.

- **Les modalités de l'hospitalisation** ainsi que les droits et les recours possibles contre toute contrainte perçue comme arbitraire.

- **Le règlement intérieur** stipulant les droits mais aussi les obligations inhérentes à la vie dans un milieu collectif.

En évitant :

- toute familiarité ;
- toute adhésion à la problématique délirante ;
- une trop grande empathie ;
- une attitude de rejet ou de dégoût.

- ▶ **DÈS LORS, LES MODALITÉS DE L'ACCUEIL** se déclinent en fonction :

- **Des différents modes d'hospitalisation** (hospitalisation d'office, hospitalisation à la demande d'un tiers, hospitalisation libre) selon la loi du 30 juin 1990.

- **Des lieux** :

- structures intrahospitalières ;
- structures extrahospitalières.

- **De facteurs divers** :

- arrivée annoncée ou non (venant d'une autre structure ou non) ;
- appréciation de l'urgence (agitation, violence...);
- appréciation de l'état somatique ;
- appréciation du comportement ;
- nombre de personnes qui accueillent ;
- première hospitalisation ou non.

- ▶ **LES ÉTAPES QUI RYTHMENT L'ACCUEIL**. Cette première rencontre est essentielle pour la qualité

des relations engagées avec le patient : l'infirmier(e) qui gère l'accueil doit se présenter, être disponible et attentif(ve).

Dès le premier contact, elle doit évaluer la notion éventuelle d'urgence, et éventuellement mettre en place le dispositif de soins spécifique face à :

- une agitation ;
- un risque de passage à l'acte ;
- un état confusionnel ou précomateux ;
- ou toute autre situation d'urgence.

Dans la majorité des cas, la situation est plus simple : après avoir prévenu le médecin de l'arrivée du patient, l'infirmier(e) procède éventuellement avec l'aide des accompagnants à la vérification des données administratives :

- papiers d'identité ;
- couverture sociale ;
- nom des personnes à prévenir (voire à ne pas informer de la présence du patient) ;
- adresses et numéros de téléphone du patient et de ses proches.

La présence d'accompagnants permet dans certains cas de mieux préciser les habitudes de vie et les besoins fondamentaux du patient.

Un inventaire des biens personnels du patient est dressé, en sa présence, par deux membres du service infirmier en déterminant :

- les objets de valeur à déposer à la caisse (sinon le patient doit, dès lors qu'il est conscient et cohérent, signer une décharge pour garder ces objets sur lui) ;
- les objets qu'il désire garder avec lui ;
- les objets dangereux qui doivent être remis aux infirmiers, en s'appuyant éventuellement sur le règlement intérieur.

Ces premières formalités terminées, l'infirmier(e) présente le service au patient, ainsi que les personnes ressources, lui remet le livret d'accueil ainsi que le règlement intérieur propre à l'hôpital ou au service, lui précise les horaires qui vont rythmer sa journée.

Il ou elle assiste à l'entretien médical d'admission, et prend note des consignes. Au décours de cet entretien, le patient est installé dans sa chambre et l'infirmier(e) rédige une transmission écrite du contenu de l'accueil et des consignes.

— Les soins infirmiers spécifiques en psychiatrie —

Soins de nature relationnelle

Ils participent de l'entretien infirmier dont le bon déroulement implique disponibilité, attention et un lieu calme favorable au respect de la confidentialité.

L'entretien est écoute et non interrogatoire : il faut savoir entendre sans solliciter, comprendre à mi-mot, ne pas forcer l'expression de pensées ou de délires que le patient ne souhaite pas exprimer, ne pas le contraindre à évoquer des événements ou un vécu trop douloureux pour être assumé dans l'instant.

La relation d'aide relève du rôle propre de l'infirmier(e).

Elle se définit généralement comme « l'aide psychologique par la relation » qui vise à faire évoluer le mode de pensée et le comportement du patient en lui opposant une image rassurante.

L'empathie, l'écoute non critique lui permettent d'exprimer ses pensées, ses soucis, ses affects sans crainte d'être jugé et rejeté.

L'ENTRETIEN INFIRMIER

L'accueil d'un patient par l'infirmier(e) commence le plus souvent par un entretien qui est en quelque sorte une « consultation infirmière » faisant appel à des compétences techniques et relationnelles spécifiques de la part du soignant. Conformément au décret du 15 mars 1993, la pratique de l'entretien dans la relation d'aide fait partie intégrante du rôle infirmier.

La maîtrise de cette technique d'entretien nécessite de réfléchir sur le comportement, les attitudes du soignant et sur la « gestion » des situations auxquelles il est confronté. Elle requiert une formation adaptée permettant aux infirmiers de renforcer leur écoute personnelle, de maîtriser les techniques de la communication, de travailler sur la façon « d'être en relation » de manière à faire de l'entretien un moment significatif dans la prise en charge thérapeutique du patient.

D'emblée, la parole reçue, entendue, génératrice de réponse doit pouvoir se substituer aux actes ou aux non-dits.

Cette relation d'aide se heurte à deux risques :

- **Une attitude de rejet** face à des propos ou comportements jugés intolérables, souvent parce qu'ils touchent les affects propres du soignant.

- Une empathie excessive liée à une identification massive du soignant au patient.

La notion de tiers intervenant (collègue, médecin) permet de relativiser tout ce qui dans une relation psychologique pèche par excès.

Dès lors, la relation devient institutionnelle et permet d'analyser et de réguler les courants transférentiels soignants-soignés.

Peuvent être cités :

- Les relations qui permettent au patient d'exprimer à sa façon son vécu, ses affects, ses besoins, en privilégiant toujours la verbalisation.

- Les relations qui aident le patient à se retrouver dans un environnement inconnu et à identifier les référents ressources :

- visite des lieux, repérage de sa chambre;
- présentation des intervenants;
- remise du livret d'accueil et du règlement intérieur;
- repérage du temps : horaires des repas, des visites, du lever, du coucher.

- Les relations d'aide spécifiques face à une pathologie ciblée :

- auprès d'un patient agité;
- auprès d'un patient angoissé;
- auprès d'un patient ayant des comportements ritualisés;
- auprès d'un patient insomniaque;
- auprès d'un patient présentant une atteinte somatique.

- Les relations d'aides à la famille ou aux proches : elles permettent de les rassurer, mais aussi de les faire contribuer à la définition des comportements, des besoins, des habitudes du patient.

- Les relations d'aide à visée thérapeutique :

- entretien thérapeutique;
- accompagnement psychologique;
- aide à l'acceptation du contrat de soins, à la prise du traitement;
- thérapie familiale;
- thérapie de groupe;
- aide auprès du patient en chambre d'isolement;
- aide aux proches pour qu'ils acceptent la maladie d'un des leurs et l'encouragent à se soigner.

- Les relations d'aide à visée éducative :

- aide permettant au patient d'identifier ses besoins d'apprentissage et ses capacités;

- aide aux apprentissages;
- aide à la gestion du budget;
- visite à domicile;
- préparation psychologique à la sortie.

Soins et activités sociothérapeutiques

La maladie mentale a ceci de particulier, qu'elle isole le sujet, qu'elle l'enferme dans ses pensées, ses fantasmes, ses délires, ses ruminations morbides. Elle le coupe de la réalité, du monde du désir, de l'accomplissement, du travail, du plaisir.

L'action sociothérapeutique vise à faire retrouver au malade le contact avec la réalité dans une relation de plaisir :

- plaisir de la participation;
- plaisir de l'écoute;
- plaisir de l'échange;
- plaisir de la réalisation;
- plaisir de l'accomplissement.

Faire un café et le partager, discuter autour d'une émission télévisée, parler d'un thème commun constituent autant de moments où s'abaissent les barrières de l'isolement affectif.

Toutes ces activités impliquent la prise en compte du groupe des patients avec leurs affinités, leurs vécus, leurs conflits. Il appartient au soignant de réguler le fonctionnement du groupe, de gérer l'agressivité, de rappeler les règles de la vie en commun.

Des activités peuvent être proposées :

- Visant à la prise de conscience du corps :

- expression corporelle;
- gymnastique;
- balnéothérapie;
- piscine;
- maquillage;
- coiffure.

- Visant à l'acquisition ou à la reprise des actes de la vie quotidienne :

- courses;
- atelier cuisine;
- atelier couture;
- sorties en ville avec repérage de l'environnement, utilisation des transports en commun, achats, etc.

● **Visant à réinvestir le contact et les références sociales par le plaisir de la réalisation :**

- promenades;
- sorties (cinéma, musées);
- atelier lecture, écriture;
- jeux de société;
- atelier photo;
- atelier vidéo;
- jardinage.

● **Le repas thérapeutique** dont l'objectif est la réinsertion sociale en passant par l'apprentissage de la confection d'un plat, du choix d'un menu, de la gestion d'un budget, de l'organisation de l'espace et du temps, l'instauration de relations d'échanges et de convivialité et l'engagement dans le groupe de la préparation à l'accompagnement des tâches ménagères finales.

Soins et activités à visée psychothérapeutique

La relation psychothérapeutique vise à mobiliser les affects de l'individu malade en les déplaçant dans le domaine relationnel : il n'est plus sujet et objet de sa réflexion dans un circuit fermé mais devient élément de l'intérêt d'un autre dont le regard objectivant donne un sens à son fonctionnement.

Ses gestes, ses réalisations valorisées lui permettent de se situer face à un environnement tolérant puis neutre, puis de plus en plus normatif.

Les activités à travers la médiation de support en atelier visent à favoriser la dimension relationnelle par le travail en groupe, à permettre un réapprentissage des gestes simples et à favoriser l'investissement par la mobilisation d'une énergie aussi bien physique que psychique.

Les activités sont déterminées en fonction d'objectifs pouvant relever de la sphère motrice, cognitive ou socioaffective :

- atelier photo-vidéo (travail sur l'image de soi, perception de l'environnement);

- danse d'expression/thérapie;
- groupe de parole (expression libre);
- jeux de rôle;
- aide au développement ou à la conservation de la mémoire;
- prise en charge individuelle en piscine;
- psychodrame;
- relaxation;
- séance de détente psychomusicale;
- séjour thérapeutique;
- terre, modelage;
- théâtre, marionnettes, masques;
- yoga.

L'infirmier(e) participe aux techniques de médiation à visée psychothérapeutique. Celles-ci doivent permettre l'émergence des conflits psychologiques du patient. Certaines activités nécessitent une compétence acquise lors de formation complémentaire.

Soins à visée éducative

Ils interviennent à deux niveaux :

● **Favoriser ou restaurer l'autonomie et les aptitudes du patient compromises par la maladie :**

- aide à la toilette;
- aide à l'alimentation;
- aide aux actes de la vie quotidienne : ménage, cuisine, courses.

● **Éduquer à la gestion de sa maladie et de ses soins :**

- en lui faisant prendre conscience du caractère pathologique de ses symptômes;
- en lui expliquant les effets tant bénéfiques qu'indésirables des médicaments;
- en l'incitant à un suivi régulier;
- et surtout en dédramatisant la notion de maladie mentale avec tout ce qu'elle a de péjoratif aux yeux du public.

Les diagnostics infirmiers prévalents en psychiatrie

Issus des quatorze besoins fondamentaux définis par Virginia Henderson, ils marquent les constats objectivés d'emblée par l'équipe infirmière et les objectifs de la prise en charge spécifique.

- Perturbation des interactions sociales.
- Perturbation de l'estime de soi.
- Altération de la communication verbale.
- Difficultés à se maintenir en santé.
- Risque de violence envers soi ou envers les autres.
- Stratégie d'adaptation individuelle inefficace.
- Anxiété.
- Incapacité partielle ou totale de soigner son apparence.
- Perturbation des opérations de la pensée.
- Incapacité partielle ou totale d'effectuer ses soins d'hygiène.
- Isolement social.
- Perturbation des habitudes de sommeil.
- Manque de loisirs.
- Incapacité partielle ou totale de s'alimenter.
- Altération de la mobilité physique.

Les transmissions ciblées

Les transmissions ciblées, issues de travaux effectués par Susan Lampe aux USA ont été proposées pour la première fois en France en 1986 par Cécile Boisvert formatrice au GRIEPS (Groupe de recherche et d'intervention pour l'éducation permanente des professionnels de la santé).

Les transmissions telles qu'elles existaient ne répondaient pas aux normes requises d'identification, de clarté, de précision et de concision. Par ailleurs les événements significatifs concernant la personne soignée n'étaient pas facilement identifiables. Partant de ce constat, en 1993 est née la volonté d'implanter un nouvel outil permettant de palier ces dysfonctionnements. Cette méthode permettant l'organisation de la partie narrative des informations infirmières est conforme au schéma de la démarche de soins.

Définition

► **LES TRANSMISSIONS CIBLÉES** sont la transcription des événements significatifs en temps réel d'un patient, (ou sa famille) centrés en priorité sur les réactions du patient, son vécu, ou un temps fort de sa prise en charge tout au long de son séjour; effectuées par l'équipe de soins, et structurées en

« cible-données-actions-résultats ». Elles sont *horodatées et signées*.

Toute transmission doit comporter obligatoirement au moins une cible et des données.

Le contenu est peu différent de ce qui existe déjà. Il y a un tri des informations, accès à l'essentiel, non dilué dans le narratif. Trace significative à garder.

Principes d'une transmission écrite

- l'observation doit être pertinente et précise, concise, lisible, relative au patient;
- permet une visualisation de la conduite des soins et des données planifiées du patient et du suivi de son évolution;
- informe des réactions du patient à sa maladie et à son traitement;
- apporte de nouveaux éléments, réajuste le projet de soins;
- évalue les résultats en relation avec les objectifs;
- s'inscrit dans un cadre légal du dossier de soins;

- fait référence à l'évaluation de la qualité et de l'efficacité des soins;
- permet de recueillir des données pour la recherche.

La cible

Elle est un énoncé précis et succinct qui attire l'attention sur un problème donné, sur ce qui se passe chez la personne soignée et qui ne peut être consigné sur le diagramme de soins. La cible ne développe qu'une seule idée.

Il peut exister un événement significatif dans l'hospitalisation ou le traitement du malade = *macro-cible* et des problèmes plus ponctuels ou une situation positive = *cible*. Ce n'est ni un soin, ni un diagnostic médical, ce peut être un *diagnostic infirmier*, un fait nouveau, une information nécessaire à la surveillance, des réactions face aux soins, aux traitements.

Les données (D)

Ce sont les informations subjectives (le malade) ou objectives (l'infirmière) qui argumentent et précisent la cible (QQQOC & P = qui, quoi, quand, où, comment et pourquoi). Elles ne peuvent exister sans une cible préalablement définie. Elles ne sont ni des actions, ni des résultats.

Les actions ou interventions (A)

Ce sont les soins présents ou futurs basés sur l'analyse de la situation du malade, ceux qui découlent de la prescription médicale et du rôle en collaboration (application de protocoles). Ils peuvent être extraits d'une nomenclature SIIPS (Soins infirmiers individualisés à la personne soignée) ou PRN (Projet de recherche en nursing). S'il s'agit de la prescription du traitement, il est préférable de renvoyer à l'ordonnance ou à la fiche de prescription (interdiction de recopier).

► LE SYSTÈME PRN (Projet de recherche en nursing) a commencé au centre hospitalier Sainte-Justine en 1969, à Montréal. Ce projet est déve-

loppé par l'Équipe de recherche opérationnelle en santé (EROS). On utilise actuellement une version révisée en 1980.

Cette méthode se base sur l'utilisation du plan de soins infirmiers réalisé à partir d'une démarche de soins en référence au concept de besoins de soins de suppléance.

Les actes de soins sont recensés et comptabilisés par patient et leur évaluation en terme de « lourdeur » en soins sert à calculer les niveaux de dépendance des patients. Dans une seconde étape, le calcul de l'ensemble des soins directs et afférents aux soins requis permet de passer à la prévision du personnel nécessaire dans le cadre de l'organisation du travail d'équipe.

► POUR UTILISER LE PRN, il faut en préambule :

- une autorisation et payer une licence;
- un projet du service infirmier dans ce sens dans le cadre du projet d'établissement;
- un dossier de soins indiquant les problèmes de santé du patient (utilisant le diagnostic infirmier de préférence);
- une référence méthodologique au guide d'utilisation PRN 80;
- une nomenclature en soins, référencée PRN;
- le logiciel PRN doit donc être informatisé dans l'unité de soins;
- un groupe de pilotage au niveau de l'hôpital pour aider les utilisateurs.

Les résultats (R)

Ils décrivent les réactions du malade aux soins infirmiers ou bien l'efficacité d'un plan de soins mis en place. Afin de faciliter l'évaluation, il est recommandé d'utiliser des indicateurs de classifications de résultats. Si les résultats sont négatifs, retourner à l'action au regard de la cible. Le résultat peut devenir une cible, s'il existe d'autres données.

Présentation de l'outil

Suivant les auteurs, on trouve deux façons de présenter :

- les données + actions + résultats = structuration horizontale;
- méthode DAR = structuration verticale.

Tableau 2.1. Fiche de transmissions ciblées.

Nom et prénom du patient (étiquette) M ^{me} R. (Pour plus de détail, voir pages 70-11)		TRANSMISSIONS CIBLÉES Année : Feuille n° 1		Unité : Admission Secteur A	
Date Fonction Nom Prénom	Cible	Données	Actions	Résultats	Date Fonction Nom Prénom
01/09 10 h ISP A. D.	Admission Crise clastique Agitation ++	Délire erwahissant avec une thématique floue et polymorphe. Aucun antécédent psychiatrique connu, jusqu'à cet incident.	<p>Accueil de M^{me} R.</p> <ul style="list-style-type: none"> • installation dans la chambre. • la rassurer en créant un climat non menaçant. • prévenir le praticien hospitalier. • pratiquer l'inventaire des effets personnels et l'inviter à se mettre en pyjama. • prendre la TA et le pouls. • observer les signes cliniques de M^{me} R. afin de procéder à l'évaluation psychosociale. • remplir les formulaires d'admission. • ouvrir le dossier de soins. • en accord avec le médecin, prévenir le mari de l'hospitalisation de sa femme. <p>Entretien avec le psychiatre du service. Prévoir une chambre d'isolement thérapeutique si l'évaluation clinique le nécessite. Surveiller les risques de passage à l'acte. Mise en place d'un traitement per os (cf. ordonnance). Surveillance des effets secondaires du traitement.</p> <p>Entretien avec le mari quelques jours plus tard.</p>	En attente.	Idem

► Suite

Tableau 2.1. Fiche de transmissions ciblées.

Date Fonction Nom Prénom	Cible	Données	Actions	Résultats	Date Fonction Nom Prénom
01/09 14 h ISP F. A.	Alimentation sélective et légère.	Repas pris en chambre en raison de l'état d'agitation. Ne veut prendre que les aliments sucrés et munis d'un couvercle par exemple : compote, yaourt, refuse la viande et la charcuterie. Boit peu, langue légèrement saburrale.	Surveillance de l'équilibre alimentaire. Présence continue. Veiller à l'apport hydrique : 1,5 L par jour. Pesée : 46 kg	En attente.	Idem
20 h	Perte d'appétit.	Dit n'avoir pas faim.	Sollicitations douces.	Refuse toujours.	
Nuit du 01 au 02/09 ISP J. B.	Sommeil interrompu.	6 fois dans la nuit M ^{me} R. s'est réveillée, se dit menacée.	Tentative de la rassurer. A eu le traitement prescrit si besoin (voir ordonnance).	Plus calme le matin, s'est endormie vers 4 h.	Idem
02/09 10 h ISP A. D.	Agitation.	Malgré la prise de traitement, M ^{me} R. crie, insulte, crache, a peur des interventions.	Vue par le praticien hospitalier. Essaie de la calmer.	Sans résultat.	Le 02/09 à 11 h Idem
12 h	Agressive.	M ^{me} R. essaie de frapper tout ce qui l'entoure et demande « d'arrêter le transistor ». Elle paraît se débattre face à des ennemis invisibles.	Appel du psychiatre référent qui prescrit la mise en chambre d'isolement pour 48 h (voir <i>La sécurité de la chambre d'isolement</i> , page 22).		Idem
14 h	Alimentation légère.	Se sent fatiguée, malgré tout reste agitée. Le repas ne lui plaît pas, est méfiante. Ne boit pas toute la bouteille d'eau à sa disposition.	Aide au repas en chambre. Solliciter l'hydratation.	A bu 1 L à 16 h.	Idem
15 h	Idées délirantes de persécution.	La thématique délirante ne diminue pas, elle a des hallucinations auditives.	Assurer une présence constante afin de soulager l'angoisse massive.	Toujours très angoissée à 22 h.	Idem
Nuit du 02 au 03/09 ISP J. B.	Éveil précoce.	À 4 h du matin, M ^{me} R. ne dort plus, parle de ses idées de persécution.	Relation d'aide et de soutien visant la diminution de l'anxiété majeure.	Peu rassurée à 6 h.	Idem
Matin du 03/09 ISP A. D.	Auto- mutilation de l'oreille.	À 8 h, M ^{me} R., au moment de sortir de la chambre d'isolement pour effectuer sa toilette, s'est mise à crier, se griffer le visage, s'arracher les cheveux et le lobe de l'oreille (détachement du lobe). Geste impulsif ayant pour but de soulager la douleur.	Appel de l'interne de garde pour consultation qui prescrit un nettoyage de la plaie et un traitement injectable (voir prescription). Donner le traitement prescrit « si besoin ». Surveiller les comportements à risque.	Plus calme. Ne se rend pas compte de son acte.	Idem
Après- midi du 03/09 ISP B. C.	Amaigrissement. Risque d'auto- mutilation.	Depuis plusieurs jours, s'alimente légèrement. Étant calme cet après-midi, a accepté d'être pesée. À 20 h, essaie d'enlever ce transistor qu'elle a dans la tête.	Pesée. Entretien infirmier visant la verbalisation de son sentiment de danger.	A perdu 3 kg. Toujours anxieuse.	Idem

► Suite

Tableau 2.1. Fiche de transmissions ciblées.

Date Fonction Nom Prénom	Cible	Données	Actions	Résultats	Date Fonction Nom Prénom
Nuit du 03 au 04/09 ISP J. B.	Fatigue.	Se sent éprouvée par ce qui lui arrive. S'endort vers 11 h.	Écoute empathique.	En attente.	Idem
04/09 IDE B. P.	Agitation.	Elle est très agressive et menaçante avec les autres patients, certainement à cause de ses hallucinations auditives dont il est impossible d'en connaître le thème.	Maintien en chambre d'isolement pour 24 h. Encourager M ^{me} R. à verbaliser son sentiment d'insécurité.	Plus calme en fin de soirée.	20 h le 04/09 ISP B. C.
Nuit du 04 au 05/09 ISP F.	Fatigue.	M ^{me} R. exprime le besoin de récupérer sur le plan physique et psychique.	Assurer une présence rassurante.	En attente.	Idem
Matin du 05/09 IDE B. P.	Violences conjugales.	Malgré une banalisation de la vie conjugale (voir admission), on apprend cependant au cours de l'entretien avec M ^{me} R. que son mari se montre assez fréquemment violent, et qui lui arrive parfois de la frapper. Elle est persuadée qu'il a des maîtresses.	Entretien médical.		Idem
Après- midi du 05/09 ISP B. C.	Plus calme.	L'activité délirante commence à céder avec l'agitation. Reste très perplexe sur ce qui lui est arrivé.	Relation d'aide et de soutien visant l'expression des affects.	Calme cet après-midi.	Idem
Nuit du 05 au 06/09 ISP V. M.	Sommeil calme.	A dormi toute la nuit.	Surveillance du sommeil.		Idem
Matin du 06/09 ISP B. P.	Amélioration de l'état psychique. Reprise de l'appétit.	Paraît plus détendue, les voix semblent disparaître. Se demande toujours ce qui se passe, est-ce dans sa tête ou est-ce vrai ? A mangé à midi avec plaisir, en petites quantités sélectionnant toujours le sucré.	Sortie de la chambre d'isolement. Installation en chambre avec quelques effets personnels.	Calme.	À 21 h le 06/09 ISP B. C.
À 15 h le 06/09 ISP B. P.	Meilleure confiance avec les soignants.	M ^{me} R. commence à critiquer ce qui lui est arrivé. Parle des relations conflictuelles avec son mari, et de son enfance dont elle dit « rien de particulier à signaler, en garde un bon souvenir, mais n'a plus de contact avec sa famille ».	Entretien médical et infirmier. Modification du traitement (voir fiche de traitement). Autorisation de promenade accompagnée. Relation d'aide à poursuivre.	Meilleur élan vital.	06/09 ISP C.

M^{me} R. quitte l'unité de soins après six semaines d'hospitalisation. Elle est suivie au CMP.

Il faut veiller à ne pas encombrer l'observation par des informations ayant trait à l'organisation du service.

On peut compléter les transmissions ciblées avec des plans de soins guidés et des protocoles de soins.

Dans la pratique, le diagramme de soins fait suite aux transmissions ciblées. Cet outil de validation des interventions est une liste de soins préétablie

correspondant à des soins répétitifs qui peut être complétée si besoin.

Bibliographie

Revue de l'infirmière, n° 23/24, février 1997, p. 4 à 11.

A. PASCAL, E. FRÉCON VALENTIN, *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats*, Masson, 2003.

Objectifs soins, n° 42, avril 1996.

Le diagramme de soins

Définition

Il est avant tout un outil de validation et d'enregistrement des soins réalisés sur 24 heures. Il peut également s'utiliser comme un outil de programmation. Le principe est basé sur la non-redondance des informations régulières ou répétitives.

Dans cette logique, une réflexion sur les interventions les plus couramment pratiquées s'impose. À l'issue de ce travail, les diagrammes apparaissent sous la forme d'une liste préétablie d'actes qui peut être complétée si besoin.

Il permet :

- d'établir la preuve de l'exécution des soins paraphés selon les consignes des transmissions ciblées,
- l'obtention d'une vision globale du séjour du patient,
- la diminution quantitative des écrits répétitifs et quotidiens,

- l'amélioration des écrits par l'uniformisation d'un langage infirmier précis et commun.

La liste des soins peut être présentée sous la forme SIIPS ou PRN.

Composantes d'un diagramme

- Les dates précisent le jour, le mois, l'année.
- Les 3 parties de la journée : M (matin), S ou AM (soir ou après midi), N (nuit).
- La liste des soins ou interventions.
- Le paraphe du soignant qui a effectué le soin.
- L'astérisque inscrit sur le diagramme indique un événement précis. Il oblige à se référer aux transmissions ciblées.

Présentation de l'outil

Voir tableau ci-dessous.

Tableau 2.2. Diagramme de soins.

Interventions	Date	2/01/00			3/01/00			4/01/00			5/01/00		
		M	AM	N									
Toilette complète		+											
Toilette aide					+			+			+		
Ajouter un soin non prévu													
Pansement		+				+		+			+		
Prévention d'escarre		+	+	+	+	+	+			+		+	
Entretien infirmier					+	*							
Relation d'aide						+							
Soutien psychologique			+						+			+	+

* = se réfère à un événement précis qui renvoie aux transmissions ciblées.

La sécurité sanitaire en psychiatrie

Elle concerne essentiellement la sécurité d'utilisation des médicaments et la pharmacovigilance. En effet il existe deux grands risques en psychiatrie :

- l'utilisation des médicaments dans un but suicidaire (nombre de médicaments utilisés en psychiatrie, toxiques à forte dose);
- l'utilisation détournée des médicaments dans un but toxicomane.

C'est pourquoi les infirmiers en psychiatrie doivent être tout particulièrement attentifs.

La sécurité des médicaments

En ce qui concerne les médicaments, les infirmiers doivent veiller à la bonne tenue de la prescription, de l'usage et de la prise :

- vérifier que la prescription médicale est signée et datée (en début et en fin de prescription);
 - préciser sur le dossier de soins infirmiers si le médicament a bien été administré;
 - veiller à ce que les médicaments soient détenus dans une armoire fermant à clé;
 - veiller au relevé d'administration et au renouvellement de la dotation en médicaments urgents.
- Concernant les stupéfiants et médicaments substitutifs tels que la méthadone ou le subutex, ces règles sont renforcées :
- leur administration doit être relevée avec précision;
 - les quantités prélevées sont soumises aux règles de renouvellement par ordonnances sécurisées;
 - ils doivent être détenus dans une armoire spécifique.

La sécurité du patient

En ce qui concerne le patient, la surveillance sanitaire s'exerce dans 3 domaines :

- ▶ **LA PHARMACOVIGILANCE** à savoir la surveillance du risque des effets indésirables graves et inattendus de l'utilisation des médicaments :
- **Tout effet indésirable** constaté doit :

- être noté dans le dossier de soins infirmier;
- faire l'objet d'un appel au médecin présent.

L'un des effets indésirables le plus sévère est le syndrome malin des neuroleptiques qui associe :

- pâleur;
- hyperthermie progressivement croissante;
- contractures, raideurs ou manifestations extrapyramidales;
- état confusionnel, voire stuporeux.

▶ **L'ÉVALUATION DES RISQUES** liés aux abus médicamenteux soit toxicomane, soit suicidaire.

Tout état confusionnel, toute somnolence chez un sujet présentant un risque suicidaire ou des antécédents d'abus de médicaments implique :

- l'appel au médecin de garde;
- l'interrogatoire du malade pour tenter de déterminer le produit en cause et la dose consommée;
- la recherche des boîtes ayant contenu le produit.

▶ **LA SÉCURITÉ DE LA CHAMBRE D'ISOLEMENT**

● **L'isolement est une mesure thérapeutique** qui implique qu'un patient, jusque-là dans un environnement ouvert, soit mis seul dans une chambre fermée. Elle est indiquée en cas de risque de passage à l'acte auto- ou hétéroagressif.

● **La chambre d'isolement** doit répondre à des normes de sécurité strictes (pièce vide, vitres et climatisation protégées, lumière encastrée, porte ne s'ouvrant pas de l'intérieur, lit scellé, matelas ininflammable...).

● **Les protocoles de mise en isolement** doivent respecter les directives institutionnelles et légales.

● **Les interventions spécifiques** des infirmier(e)s sont :

- l'évaluation des comportements qui nécessitent un isolement (agitation, impulsivité...);
- l'intervention en nombre suffisant : l'équipe doit être prête à contenir le patient (au besoin demander de l'aide dans d'autres unités);
- l'éloignement des autres patients;
- donner au patient une explication brève au sujet de l'isolement et lui laisser la possibilité d'être accompagné jusqu'à la chambre, s'il refuse, le transporter jusqu'à la chambre;

- aider le patient à se mettre en pyjama et vérifier qu'il n'a gardé aucun objet dangereux;
- rappeler brièvement le motif de l'isolement et informer le patient de la disponibilité de l'équipe soignante et comment il peut demander de l'aide;
- les soignants qui ont assuré la contention doivent quitter la pièce l'un après l'autre et vérifier la fermeture de la porte;
- prévenir le médecin immédiatement s'il n'a pu l'être avant : une prescription médicale est toujours nécessaire pour maintenir le patient en isolement;
- donner le traitement et vérifier la prise;
- surveiller le patient toutes les 15 minutes et observer son comportement (un passage à l'acte autoagressif peut succéder à une agitation ou un passage à l'acte hétéroagressif);
- visiter le patient toutes les deux heures dans sa chambre, prendre les constantes et proposer les toilettes. Proposer régulièrement à boire;
- toutes les interventions dans la chambre doivent être faites en nombre suffisant qu'il s'agisse de prendre les constantes, de porter les repas ou de faire l'entretien de la chambre.
- favoriser des échanges brefs avec le patient pour lutter contre le sentiment d'abandon, mais éviter d'aborder ce qui est à l'origine du conflit au début de l'isolement;
- vérifier la température, la propreté et la sécurité de la chambre d'isolement;
- s'assurer que le patient puisse bénéficier des soins d'hygiène;
- analyser dès que possible en équipe les circonstances qui ont conduit à la mesure d'isolement;
- évaluer si la poursuite de l'isolement est nécessaire en fonction de la capacité du patient à supporter les frustrations, de la persistance de l'agitation, de l'agressivité, de l'impulsivité, du délire et des hallucinations.
- après la sortie de la chambre d'isolement, aider le patient à mieux comprendre les circonstances qui ont provoqué une telle mesure.

La sécurité du personnel soignant

Elle relève essentiellement des risques inhérents à la violence et aux accidents d'exposition au sang contaminé.

CONDUITE À TENIR

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE À LA VICTIME

- L'assister face à la violence de l'agresseur.
- La mettre à l'écart dès que les moyens humains le permettent.
- L'accompagner dans une zone calme et rester à ses côtés.
- Lui apporter les premiers secours et dans tous les cas faire appel au somaticien de garde pour un premier constat et une éventuelle orientation vers les urgences médicales.
- S'assurer que rentrée chez elle, elle bénéficiera d'un soutien moral.
- Dans l'immédiat si elle le peut, sinon le ou les jours suivants, la victime doit faire une déclaration d'accident ou d'incident étayée par les témoignages éventuels de ses collègues.
- En cas d'accident, l'équipe doit informer l'administrateur de garde pour que les suites légales éventuelles soient gérées par l'hôpital (dépôt de plainte, poursuites).
- Dans les jours suivants, s'assurer qu'elle soit examinée par le médecin du travail qui pourra l'orienter vers un soutien psychologique adapté.
- Les rencontres avec le cadre infirmier, avec le chef de service permettent, dès qu'elles sont possibles, de marquer l'appartenance à une équipe, de relativiser l'agression et servent de support à une reprise institutionnelle de l'accident.

La violence existe en milieu psychiatrique. Elle n'est pas une fatalité et peut être canalisée par une bonne connaissance de la pathologie, et une gestion efficace de ses propres pulsions agressives qui s'acquiert au travers de formations spécifiques.

La gestion de la violence institutionnelle

► ELLE REPOSE SUR :

- **La cohérence de l'équipe** qui apporte une réponse homogène aux tentatives de clivage des patients et qui se regroupe pour assister la victime d'une agression (qu'il s'agisse d'un soignant ou d'un patient).
- **Une bonne connaissance des procédures** mises en place au sein de l'établissement :
 - alarme;
 - renfort par les équipes soignantes les plus proches.
- **Une mise en pratique du soutien psychologique** tant à la victime qu'à l'agresseur.

► **LE PATIENT VIOLENT** : il importe qu'après maîtrise de la situation, il soit rapidement examiné par un médecin psychiatre afin de déterminer la procédure à suivre.

Si l'acte de violence ne relève pas directement de la pathologie mentale (et que par conséquent

CONDUITE À TENIR

LES UNITES POUR MALADES DIFFICILES (UMD)

Les Unités pour malades difficiles (UMD) ont pour mission d'accueillir des patients « présentant pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles intensifs adaptés et des mesures de sécurité particulières » (arrêté du 14 octobre 1986).

Il existe en France quatre UMD situées à :

- Cadillac-sur-Garonne,
- Villejuif (Henri Colin),
- Montfavet,
- Sarreguemines.

Y sont accueillis :

- les patients difficiles (présentant une agressivité particulière ou une résistance aux traitements laissant persister une dangerosité rendant leur maintien dans un service de secteur incompatible),
- les détenus aliénés,
- les bénéficiaires d'un non-lieu au titre de la maladie mentale présentant une dangerosité particulière.

Ils relèvent tous d'une hospitalisation d'office (HO).

Leur maintien et leur sortie d'UMD sont assujettis aux décisions de la commission de suivi médical constituée de trois praticiens hospitaliers extérieurs à l'UMD et du médecin inspecteur de la santé.

le patient est en service libre), il relève de poursuite judiciaire.

Si l'acte de violence relève d'une pathologie grave et qu'il a mis en danger une ou plusieurs personnes, le patient est adressé en UMD (Unité pour malades difficiles).

Les risques d'exposition au sang contaminé

Ils font l'objet de précautions et d'une procédure en cas d'exposition.

► MESURES PRÉVENTIVES DANS LES SERVICES DE SOINS ET LES LABORATOIRES.

● **Les précautions à respecter dans tous les cas** lors de la manipulation de sang et de liquides biologiques sont fondées sur le principe selon lequel tout sang ou liquide biologique est potentiellement infectieux (contaminé par le VIH ou par d'autres agents pathogènes transmissibles par voie sanguine connus ou encore inconnus).

- mise à disposition et utilisation de conteneurs imperforables incinérables et de taille adéquate pour recueillir aussitôt après usage tous les objets piquants ou tranchants afin de limiter tout transport non protégé;

- conteneurs à apporter au lit du malade;
- aucun dégagement à la main des aiguilles souillées, des seringues ou des Vacutainer;
- plaies systématiquement pansées;
- port de gants lors de soins exposant à des contacts directs avec du sang, des liquides biologiques infectants, des muqueuses, des surfaces ou matériels souillés et lorsque la peau de l'opérateur est lésée (blessure antérieure, dermatose...);
- lavage immédiat des mains en cas de contact direct avec du sang ou un autre liquide, avant et après tout soin (eau + savon, puis eau de Javel à 9° chlorométriques diluée au 1/5° ou alcool à 70°);
- décontamination systématique et immédiate des surfaces souillées suite à une projection, un renversement de sang ou d'autres liquides, avec de l'eau de Javel à renouveler quotidiennement;
- conditionnement des déchets contaminés dans des emballages offrant des garanties d'étanchéité.

► CONDUITE À TENIR EN CAS D'ACCIDENT DU TRAVAIL COMPORTANT UN RISQUE VIH.

● **Réaliser les premiers soins.**

● **Personnel travaillant en intrahospitalier :**

- dans la journée : contacter immédiatement le médecin du travail de préférence ou l'un des membres du Conseil médical le plus rapidement possible qui évalueront le risque infectieux;
- pendant la garde : contacter immédiatement le médecin de médecine générale de garde.

● **Personnel travaillant en extrahospitalier :**

- quel que soit le moment de la journée : consulter immédiatement le service des urgences de l'hôpital le plus proche.
- **Établir la déclaration d'accident de travail** avec certificat médical initial. Celle-ci doit être faite obligatoirement dans les 24 heures.

● **Réaliser le plus rapidement possible une sérologie VIH, VHB et VHC** chez le blessé ainsi que chez le patient-source avec son accord. Le suivi sérologique et clinique sera assuré par le médecin du travail.

► LES PREMIERS SOINS.

● **Piqûres ou blessures :**

- nettoyer immédiatement la zone cutanée lésée à l'eau et au savon, puis rincer;
- désinfecter avec du Dakin ou de l'eau de Javel à 9° chlorométriques diluée au 1/5° ou de l'alcool à 70° ou de la Bétadine dermatique en assurant un temps de contact d'au moins cinq minutes.

- **Projections sur les muqueuses en particulier au niveau de la conjonctive :**

- rincer abondamment à l'eau ou de préférence au sérum physiologique au moins cinq minutes.

- **Contact direct du liquide biologique sur peau lésée :**

- nettoyer la zone atteinte à l'eau et au savon, puis rincer;
- désinfecter.

- ▶ **LE PROTOCOLE DE TRITHÉRAPIE.**

- **En cas d'accident évalué comme infectant par le médecin du travail ou l'un des membres du Conseil médical, un traitement peut être proposé.**

- **Ce traitement doit être entrepris dans les quatre premières heures après l'accident et même si possible dans la première heure.**

- **La décision ne peut être prise qu'avec l'accord de l'agent.**

- **La localisation des kits de traitement.**

- **La composition du kit pour 48 heures :**

- 4 comp. de *CombiVir* (posologie pour 24 heures : 1 comp. matin et soir);

- 20 comp. de *Viracept* à 250 mg (posologie pour 24 heures : 5 comp. matin et soir);

- la note d'information DGS DH du 28 octobre 1996 relative à la conduite à tenir pour la prophylaxie d'une contamination par le VIH en cas d'accident avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique chez les professionnels de santé;

- la circulaire DGS du 9 avril 1998 n° 98 228 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH;

- la circulaire DGS/VS 2 du 8 décembre 1999 n° 99 680 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques.

- **Il est impératif de consulter le médecin référent** lorsque le kit est utilisé pour savoir s'il y a lieu ou non de poursuivre le traitement.

La sortie

La décision de sortie

Préparée dès l'entrée, la décision de sortie se fait en concertation avec le malade, sa famille, son entourage.

Elle prend en compte le degré d'amélioration espéré par le patient, mais également élaboré avec son médecin. Il importe dans un premier temps que le malade prenne conscience de sa pathologie pour évaluer les objectifs et les moyens de les atteindre.

L'appréciation est d'autant plus complexe que nombre de patients sont hospitalisés contre leur gré et dénie tout trouble psychologique.

- ▶ **L'ÉVALUATION DES BESOINS FONDAMENTAUX** apporte dans ce domaine une aide précieuse car elle cerne des carences dont le patient a souvent conscience sans vouloir se l'avouer.

Dès lors le degré d'amélioration peut se poser en termes :

- **D'objectifs d'amélioration personnelle** (disparition des hallucinations, des éléments délirants, des troubles du comportement, de l'anxiété....).

- **D'objectifs d'amélioration relationnelle** : régulation des rapports avec le personnel soignant, les membres de la famille, les autres patients.

- **D'objectifs de réinsertion sociale** : régularisation de la situation professionnelle ou insertion dans un système adapté à la pathologie, recherche d'un logement, d'aides à la réinsertion.

- ▶ **UNE PRÉPARATION EST NÉCESSAIRE** pour favoriser le retour au foyer d'une personne dont la famille, les proches, les voisins ne comprennent pas les difficultés tant personnelles que relationnelles.

Les rencontres avec la famille, les visites à domicile permettent de dédramatiser des situations bloquées, d'attester que le patient est suivi et accepte les soins, de témoigner des modifications de son comportement. Lors de ces rencontres, l'équipe soignante se doit d'être toujours l'alliée du patient, sans toutefois accepter ses déviances éventuelles, et sans méconnaître la souffrance de la famille, ni les doléances de l'entourage. Exprimées devant le patient ou retransmises, ces doléances servent de support aux objectifs à atteindre.

► **LA DATE DE LA SORTIE** se situe :

● Dès lors que l'état psychologique du patient s'est stabilisé à un degré compatible avec la vie à l'extérieur, surtout que les souffrances inhérentes à ses troubles se sont estompées et qu'il accepte un suivi permettant le maintien de l'équilibre atteint.

● Dès lors que son existence à l'extérieur est assurée en termes de :

- reprise de relations familiales normalisées surtout en cas de présence au foyer de jeunes enfants;
- d'assurance des ressources nécessaires à la vie quotidienne (revenus professionnels, indemnités sociales, secours);
- d'un logement;
- d'une aide sociale en cas de handicaps ne permettant pas de subvenir aux besoins quotidiens.

► **UNE PRÉPARATION PSYCHOLOGIQUE** est organisée avec le patient et la famille; elle prévoit les modalités du suivi :

● **Suivi au niveau du CMP** : le rythme du suivi, ses modalités, les noms des référents médicaux et infirmiers sont précisés. Le compte rendu d'hospitalisation (CRH) et la photocopie de l'ordonnance de sortie sont transmis au CMP le jour de la sortie.

● **Suivi par un psychiatre privé** : là encore le CRH et l'ordonnance sont adressés le jour même.

Parfois le patient stabilisé ne dispose pas du support familial ou social permettant de l'étayer à sa sortie.

Il arrive dans ce cas que le suivi régulier au CMP, éventuellement avec prise quotidienne des médicaments *in situ* (pour éviter la non-compliance ou les utilisations détournées, voire suicidaires), avec également si besoin et sur demande des interventions à domicile, permettent de conforter un retour à une vie adaptée, sinon normale.

L'une des problématiques les plus perturbatrices pour les patients psychotiques est leur isolement social accentué par la perte des repères sociaux et des intérêts : l'insertion au sein d'un hôpital de jour ou d'un CATTP leur redonne par le biais d'activités pratiques ou artistiques, de sorties, de rencontres, l'envie d'agir, de réussir des choses simples.

Dans certains cas, le degré d'altération des fonctions relationnelles et du pragmatisme est tel qu'une transition s'avère nécessaire avant le retour à une vie normale. C'est ainsi que peuvent être mises en place :

- une hospitalisation de nuit;
- une insertion en foyer de postcure;
- une insertion en famille d'accueil;
- une insertion en appartement thérapeutique;
- une insertion dans un lieu de vie.

Dans tous les cas, l'équipe soignante aide le patient à élaborer son projet, l'accompagne dans ses démarches, le présente aux structures d'accueil, assure si nécessaire le suivi psychiatrique, voire psychologique.

Le maintien de la relation établie au cours des phases de désarroi, de crise, d'angoisse qui marquent l'entrée en psychiatrie est un élément essentiel de l'adhésion au traitement.

Les conditions administratives de la sortie se posent en des termes différents selon les modalités d'hospitalisation (voir fiche et tableau 2.4).

LA COMMISSION DÉPARTEMENTALE DES HOSPITALISATIONS EN PSYCHIATRIE (CDHP) (LOI 90-527 DU 27 JUIN 1990).

Elle a pour rôle d'examiner la situation des personnes hospitalisées pour troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

Elle surveille les hospitalisations sous contrainte légale afin de dépister tout maintien abusif de patient à l'hôpital.

Elle est constituée par :

- Un psychiatre désigné par le procureur général auprès de la cour d'appel.
- Un magistrat désigné par le Premier président de la cour d'appel.
- Un psychiatre désigné par le préfet ou le président du conseil général.
- Un représentant qualifié d'une organisation représentative des personnes atteintes de troubles mentaux ou de leur famille.

Elle visite les établissements habilités à soigner les patients atteints de troubles mentaux et saisit éventuellement le préfet ou le procureur de la République de la situation des personnes hospitalisées.

Elle peut proposer au président du tribunal de grande instance du lieu de situation de l'établissement d'ordonner la sortie immédiate d'une personne maintenue arbitrairement.

Tableau 2.3. Modalités administratives de sortie des patients en fonction de leur mode d'hospitalisation.

HL	<p>– Sur présentation du bulletin de sortie signé par l'un des psychiatres de l'établissement.</p> <p>– Sortie contre avis médical après signature d'une décharge.</p>
HDT	<p>– Au vu d'un certificat de levée d'HDT notifiant la disparition ou l'atténuation des troubles ayant justifié l'hospitalisation, signé par l'un des médecins psychiatres attaché à l'établissement (à l'exception des assistants et des attachés à titre étranger ainsi que des internes).</p> <p>– La levée d'HDT est mentionnée sur le registre des hospitalisations de l'établissement.</p> <p>– Le certificat de levée d'HDT est adressé au directeur qui le met en application et transmet la décision au préfet, à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, au procureur de la République, au tiers ayant signé la demande d'admission.</p> <p>– Une sortie contre avis médical peut être demandée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • par le signataire de la demande d'HDT; • ou un membre de la famille (ayant un rang de parenté plus proche ou équivalent à celui du signataire). <p>Elle fait l'objet d'une décharge manuscrite par le demandeur :</p> <p>Je soussigné(e) Nom Prénoms</p> <p>Demeurant</p> <p>Âgé(e) de</p> <p>Profession</p> <p>Demande en ma qualité de (lien de parenté) conformément à l'article 3212-9 du Code de la santé publique la levée de l'HDT de</p> <p>M(me)</p> <p>Demeurant</p> <p>Âgé(e) de</p> <p>Profession</p> <p>Fait le</p> <p>À</p> <p><i>Joindre pièce d'identité ou noter références identité.</i></p>
HO	<p>– Au vu d'un certificat de demande de levée d'HO notifiant que l'état de santé mentale de l'intéressé ne risque plus de compromettre l'ordre public, ni la sécurité des personnes, émanant de l'un des médecins psychiatres attaché à l'établissement (à l'exception des assistants et des attachés à titre étranger ainsi que des internes).</p> <p>– Ce certificat est adressé dans les 24 heures par le directeur de l'établissement à la CDHP et au préfet qui prend sans délai un arrêté préfectoral de levée d'HO et en informe le procureur de la République, le maire du domicile du patient, sa famille, la CDHP.</p> <p>– Parfois lors d'une hospitalisation d'office liée à des troubles du comportement particulièrement dangereux, le préfet peut faire procéder à l'expertise du patient par deux psychiatres extérieurs à l'établissement, choisis sur une liste établie par le procureur de la République.</p>
HO HDT	<p>Tout patient peut à tout moment saisir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la CDHP, • le procureur de la République, <p>d'une demande de levée de HDT ou de HO.</p> <p>Dès lors, le procureur statue au vu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'un certificat de situation émanant d'un psychiatre référent du patient; • d'une expertise émanant d'un ou deux psychiatres choisis sur la liste établie par le procureur de la République.

Continuité des soins

Une note de synthèse consignera les informations nécessaires à la sortie du patient (prochaine consultation, visite à domicile, date d'injection du traite-

ment retard, formalités sociales en cours, projet médico-social de la sortie...).

Les informations nécessaires aux professionnels médico-sociaux chargés du suivi du patient seront transmises dès le jour de la sortie (CMP, CATT, médecin généraliste, psychiatre...).

Troubles névrotiques

3

Définition

Le concept de névrose est intimement lié à l'histoire de la psychanalyse. Après avoir désigné un temps des maladies sans substratum organique, le terme de névrose va progressivement être détourné et investi par la perspective psychanalytique. « La névrose est une affection psychogène où les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constituant un compromis entre désir et défense ». La psychanalyse a fourni le cadre nosographique et assuré l'unité du groupe des névroses, en leur attribuant, malgré une grande diversité des tableaux cliniques, une parenté étiopathogénique.

On a cependant assisté depuis plus de deux décennies à une remise en cause du concept avec son exclusion des classifications internationales les plus utilisées (DSM-III, DSM-IV, CIM-10...). Le motif essentiel de cette disparition est la volonté d'affranchir ces nomenclatures de toute considération étiologique. Le terme de névrose, empreint d'une doctrine psychanalytique qui suggère le rôle causal de conflits inconscients, est dès lors devenu incompatible avec cette démarche « athéorique » et descriptive. La terminologie classique des trou-

bles névrotiques tend ainsi à être progressivement remplacée par une série de troubles affectifs, anxieux, dissociatifs ou somatoformes... qui d'un point de vue purement clinique, restent cependant relativement superposables.

Il est de règle de définir les troubles névrotiques comme des troubles mentaux :

- ne comportant pas d'étiologie organique démontrable;
- ressentis par le patient comme indésirables, et entraînant une souffrance psychique dont le sujet a conscience. Ces troubles qui sont reconnus comme morbides et ne faisant pas partie intégrante de la personnalité sont dits *égodystoniques*;
- qui ne perturbent pas, ou modérément, l'expérience de la réalité et le sentiment d'identité.

En cela les troubles névrotiques se distinguent des manifestations psychiatriques rencontrées dans les affections organiques, les troubles de la personnalité (permanents et *égosyntoniques*), et les troubles psychotiques (qui altèrent profondément l'expérience de la réalité et/ou le sentiment d'identité).

Principales théories étiopathogéniques

S'il apparaît aujourd'hui plus que vraisemblable que l'étiologie des névroses est multifactorielle, plusieurs théories ont été proposées pour expliquer la genèse de ces troubles.

Théorie psychanalytique

La théorie psychanalytique, tout en proposant un modèle de compréhension qui demeure une référence incontournable, a grandement contribué à l'établissement du cadre nosographique des névroses.

Freud, en regroupant des entités cliniques jusqu'alors considérées comme très éloignées les unes des autres, considère que les symptômes névrotiques sont l'expression symbolique de *conflits intrapsychiques* sexuels ou agressifs (complexe d'Édipe), non résolus et toujours actifs.

La théorie psychanalytique offre ainsi une compréhension de la signification fonctionnelle des symptômes névrotiques. L'anxiété, de la *névrose d'angoisse* notamment, serait l'expression directe des conflits intrapsychiques.

La **névrose phobique** fait intervenir comme dans toute névrose le refoulement des pulsions inacceptables, le déplacement, et la projection sur un objet (ou une situation) extérieure ayant une valeur symbolique inconsciente par une chaîne associative inconsciente. Cet objet offre l'intérêt de pouvoir être évité par le phobique.

La **névrose hystérique** a recours au déplacement, à la conversion au niveau d'une zone ou d'une fonction corporelle d'un conflit psychique. Le symptôme hystérique en est un mode de résolution. Le choix de celui-ci peut se faire par identification. Face à la résurgence du conflit œdipien, il y a régression au stade phallique où s'est produite la fixation.

La **névrose obsessionnelle** avec une régression pulsionnelle au stade sadique anal, fait intervenir des formations réactionnelles, l'isolation et l'annulation. Ces défenses permettent de lutter contre des représentations intolérables sadiques, perverses ou coprophiliques.

Théories neurobiologiques

La découverte dans le cerveau de récepteurs susceptibles de réagir aux médicaments anxiolytiques tels que les benzodiazépines, les récepteurs GABA (Gamma-AminoButyric Acid), témoigne de l'implication de ces zones cellulaires et des systèmes biochimiques concernés dans la genèse de l'anxiété. Les tranquillisants ou anxiolytiques augmentent l'activité des récepteurs pour leur neurotransmetteur (le GABA) au niveau de ces zones réceptrices.

Mais d'autres neurotransmetteurs cérébraux tels que la noradrénaline et la sérotonine sont également concernés.

Théories génétiques

Théories comportementales et cognitives

Théories environnementales

Voir NCI 13, 3^e édition, page 33.

La symptomatologie névrotique

Il existe une grande diversité des symptômes névrotiques.

Symptômes névrotiques peu spécifiques

Certains sont fréquents et peuvent s'observer dans tous les syndromes névrotiques dont les névroses organisées. Ces *symptômes névrotiques peu spécifiques* constituent un fréquent motif de consultation. Il est donc important devant ceux-ci de rechercher un trouble névrotique sous-jacent.

► **L'ANXIÉTÉ** occupe une place centrale dans la pathologie névrotique; si la peur est une réaction physiologique face à une menace réelle, reconnue et identifiée, l'anxiété se définit par un état d'alerte permanent, une vigilance douloureuse en rapport avec une menace vague, imprécise et mal définie. Elle provoque un sentiment d'insécurité indéfinissable et induit, outre l'état d'hypervigilance, des manifestations somatiques nombreuses et variées. Les composantes périphériques de l'anxiété sont : la diarrhée, les nausées, les vertiges, la sensation de tête vide, les sueurs, l'hyperréflexie, l'hypertension artérielle, la tachycardie, les palpitations, la mydriase, l'agitation fébrile, le malaise, le fourmillement des

extrémités, les tremblements, la pollakiurie ou la polyurie. L'anxiété revêt un caractère pathologique par sa forme répétitive ou permanente, anachronique et invalidante; c'est-à-dire lorsqu'elle est vécue comme une souffrance qui déborde des capacités de maîtrise du sujet.

Ces symptômes à expression psychologique et/ou somatique peuvent survenir intensément et brutalement de manière imprévisible. Il s'agit alors d'une *crise d'angoisse aiguë*.

L'anxiété « libre » et la crise d'angoisse aiguë constituent les symptômes phares du trouble anxieux généralisé et de la névrose d'angoisse (plus récemment appelé trouble panique). Elle est parfois moins manifeste parce que convertie en symptôme somatique comme dans la névrose hystérique ou parce qu'elle n'apparaît que dans certaines situations (névrose phobique) ou lors de certaines représentations mentales (névrose obsessionnelle).

► **L'ASTHÉNIE**, qui se définit par la sensation d'une fatigue chronique est également presque constamment observée. Elle résulte de la tension liée aux conflits inconscients. Son caractère névrotique est évoqué devant son maximum matinal et son amélioration au cours de la journée, l'échec du repos pour la faire régresser, alors qu'elle peut s'améliorer avec certaines activités, son caractère

disproportionné et excessif par rapport aux causes invoquées (surmenage, douleurs lombaires...) et son association à un sentiment d'ennui et d'anxiété.

► **LES TROUBLES SEXUELS** se manifestent au travers d'une inhibition plus ou moins importante. Ils révèlent une diminution du désir, voire une aversion pour l'acte sexuel.

Il s'agit chez l'homme de troubles de l'éjaculation (essentiellement éjaculation précoce) et d'impuissance souvent incomplète et d'évolution périodique. La frigidité chez la femme est plus fréquente que les troubles de l'érection chez l'homme, qu'elle soit associée ou non à une dyspareunie ou un vaginisme.

Pour l'impuissance masculine comme pour la frigidité, les conflits œdipiens et les fantasmes de castration sont décrits comme au centre de l'inhibition.

La masturbation peut devenir un symptôme névrotique dès lors qu'elle est exclusive ou préférée aux relations sexuelles.

► **LES TROUBLES DU SOMMEIL**, principalement l'insomnie d'endormissement, parfois accompagnée de réveils nocturnes répétés. Elle révèle chez le sujet névrotique une difficulté à se détendre, à oublier le sentiment pénible d'insécurité. Elle pourrait traduire ici la peur de mourir ou celle de rêver (c'est-à-dire la peur d'un échec du refoulement de représentations inconscientes perçues comme intolérables). Plus rarement, l'hypersomnie domine avec une valeur de refuge préférentiel contre l'anxiété.

► **LES SYMPTÔMES HYPOCONDRIQUES** se caractérisent par une préoccupation excessive concernant la santé du corps. Ils conduisent le patient à exprimer ses craintes d'avoir contracté telle ou telle maladie et à répéter des demandes d'avis et de soins auprès des soignants; si toute la vie du patient s'organise autour de cette préoccupation somatique, le tableau clinique devient celui d'une névrose hypocondriaque.

► **LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES** observés dans le cadre des névroses sont souvent périodiques et se révèlent par des conduites anorexiques ou par l'aversion à manger une certaine catégorie d'aliment (contexte phobique et hypocondriaque). On observe parfois en alternance des périodes de boulimie.

► **L'AGRESSIVITÉ** souvent latente s'exprime par de l'ironie, de l'indifférence ou du cynisme; patente,

il s'agit alors d'irritabilité, voire de crises d'opposition ou d'intolérance.

Symptômes névrotiques plus spécifiques

À côté de ces manifestations névrotiques, communes à toutes névroses, existent des *symptômes plus spécifiques* à certaines organisations névrotiques stables. Les symptômes typiques qui expriment l'anxiété sous la forme de phobies, d'obsession ou de conversions somatiques ont permis la constitution d'entités nosographiques homogènes (névrose ou trouble phobique, obsessionnel, de conversion).

► **LES PHOBIES** sont caractérisées par la peur non raisonnée et continue, liée à un objet, un être vivant ou une situation déterminée n'ayant pas en eux-mêmes de caractère dangereux. Le sujet est bien conscient du caractère irrationnel de sa phobie, souffre de se sentir contraint à adopter des conduites d'évitement et redoute d'être confronté au stimulus phobogène (à l'origine d'une anxiété anticipatoire).

► **LES OBSESSIONS** se définissent comme des pensées, représentations, ou impulsions angoissantes, apparaissant au moins au début, comme morbides, faisant intrusion dans la conscience du sujet, de façon récurrente et persistante malgré les efforts mis en œuvre pour s'en débarrasser.

► **LES CONVERSIONS** sont décrites comme l'expression symbolique d'un conflit intrapsychique par transposition au niveau du corps. Elles sont transitoires ou durables et reproduisent des anomalies somatiques sans lésions anatomo-cliniques décelables. Ces troubles représentent un accident majeur de la névrose hystérique.

Ces symptômes spécifiques seront repris et développés dans la description des différentes pathologies névrotiques.

Les tranquillisants ou anxiolytiques

La classe pharmacologique des anxiolytiques, exerçant une action sédative sur l'angoisse, est dominée par le groupe des benzodiazépines; mais

comprend également les carbamates, les antihistaminiques, certains bêta-bloquants, les neuroleptiques sédatifs (plus aptes à apaiser une angoisse de nature psychotique) et certains antidépresseurs.

► **LES BENZODIAZÉPINES** possèdent, à des degrés divers, cinq propriétés essentielles : anxiolytique, sédatif et hypnotique, myorelaxante, anticonvulsivante et amnésiante. Elles exercent leur action sur les systèmes de transmissions biochimiques cérébraux et plus particulièrement en diminuant leur activité.

Les contre-indications sont l'hypersensibilité connue aux benzodiazépines, l'insuffisance respiratoire sévère, l'apnée du sommeil et la myasthénie. Une vigilance particulière est recommandée en cas d'antécédent toxicomane (risque d'abus), de grossesse (éviter le premier trimestre et la période de l'allaitement), d'absorption d'alcool, de conduite d'engins lourds, d'insuffisance hépatique ou rénale, et chez le sujet âgé. La prescription des benzodiazépines ne doit pas être interrompue brutalement en raison du risque de rebond (réapparition, voire aggravation de la symptomatologie

anxieuse), ou de sevrage (irritabilité, insomnie, nausées, tremblements, voire crises convulsives).

Les effets secondaires possibles sont le risque de dépendance, la diminution de la vigilance et des performances motrices, un effet désinhibiteur euphorisant, une amnésie antérograde, de rares réactions paradoxales (avec majoration de l'anxiété, actes de violence...), et des réactions urticariennes allergiques.

► **LES CARBAMATES** : méprobamate (*Équanil*) comp. de 250 et 400 mg, possèdent à peu près les mêmes contre-indications que les benzodiazépines auxquelles s'ajoutent les porphyries aiguës et de nombreuses interférences médicamenteuses.

► **LES ANTIHISTAMINIQUES** : hydroxyzine (*Atarax*) comp. 25 et 100 mg – amp. 100 mg. Les contre-indications sont le glaucome par fermeture de l'angle et l'obstacle uréthro-prostatique.

► **LES BÊTA-BLOQUANTS** : le propranolol (*Avlocardyl*) comp. 40 mg peut être préconisé pour prévenir les manifestations périphériques de l'angoisse

PHARMACOLOGIE

BENZODIAZÉPINES		
DCI	Médicaments	Forme
bromazépam	<i>Lexomil</i>	comp. à 6 mg
	<i>Anxyrex</i>	comp. à 6 mg
	<i>Bromazépam GNR</i>	comp. à 6 mg
nordazépam	<i>Nordaz</i>	comp. à 7,5, 15 mg
prazépam	<i>Lysanxia</i>	comp. à 10, 40 mg/gouttes
oxazépam	<i>Séresta</i>	comp. à 10, 50 mg
lorazépam	<i>Témesta</i>	comp. à 1, 2,5 mg
	<i>Equitam</i>	comp. à 1 mg
chlorazépate dipotassique	<i>Tranxène</i>	gél. à 5, 10, 50 mg amp. injectables à 20, 50, 100 mg
clobazam	<i>Urbanyl</i>	comp. à 10, 20 mg gél. à 5 mg
diazépam	<i>Valium</i>	comp. à 2, 5, 10 mg gouttes/amp. injectables
	<i>Novazam-Gé</i>	comp. à 10 mg
clotiazépam	<i>Vératran</i>	comp. à 5, 10 mg
loflazépate d'éthyle	<i>Victan</i>	comp. à 2 mg
alprazolam	<i>Xanax</i>	comp. à 0,25, 0,5 mg

(palpitations, tachycardie) au cours de situations émotionnelles transitoires.

► **AUTRES** : la buspirone (*Buspar*) comp. 10 mg est un anxiolytique non sédatif, l'étifoxine (*Stresam*) comp. 50 mg, le captodiamine (*Covazine*) comp. 50 mg.

D'une manière générale la dose minimale efficace sera toujours recherchée. De même, il est important de prévenir les patients des effets sur la vigilance, au début du traitement notamment, et de proscrire l'absorption d'alcool.

Névrose d'angoisse (trouble anxieux généralisé et trouble panique)

Freud a défini cliniquement la névrose d'angoisse par l'existence d'une attente anxieuse, pouvant se fixer sur des événements quelconques et sur laquelle peut se greffer des épisodes spontanés d'attaque, dont il a par ailleurs décrit avec minutie la symptomatologie somatique. Le démembrement des névroses dans les nouvelles catégories nosologiques, situe la névrose d'angoisse dans le cadre des troubles anxieux et plus précisément dans deux nouveaux concepts : le trouble anxieux généralisé (TAG) et le trouble panique (TP). Il s'agit d'affections fréquentes, possédant une nette prédominance féminine. Ces troubles anxieux s'installent habituellement chez l'adulte jeune, mais peuvent apparaître à un âge plus mûr.

Le trouble anxieux généralisé

Le TAG se définit comme une *anxiété et des soucis excessifs* survenant la plupart du temps pendant une période d'au moins six mois, concernant et entravant plusieurs activités : professionnelles, sociales... Cette attente anxieuse s'accompagne de difficultés de concentration, d'un état d'hypervigilance, d'une hyperactivité végétative, de tension motrice avec agitation, parfois, de troubles du sommeil.

L'objet de cette anxiété ne peut être relié à une affection médicale organique, à l'absorption, l'abus ou le sevrage d'une substance (alcool, cannabis, médicaments...), à un trouble psychotique ou dépressif.

Voir NCI 13, 3^e édition, page 35.

Le trouble panique

Le trouble panique se définit par la survenue d'*attaques de panique récurrentes, non induites, et inattendues* accompagnées ou suivies de la crainte persistante de connaître une nouvelle crise.

L'attaque de panique ou crise d'angoisse connaît un début brutal. L'angoisse est le plus souvent d'emblée à son maximum. Elle est libre, flottante, s'accompagne d'un sentiment de désorganisation, de déréalisation, de détresse et de symptômes somatiques nombreux, qui du fait de leur intensité peuvent également majorer l'angoisse.

Ces attaques ne peuvent être expliquées par un autre trouble mental, organique, métabolique ou toxique.

Voir NCI 13, 3^e édition, page 35.

Évolution

Le TAG et le TP connaissent une évolution, qui tout en étant variable selon les individus, est le plus souvent chronique avec des phases de rémission et d'exacerbation de la symptomatologie anxieuse. Les événements de vie stressants et le surmenage, semblent tenir un rôle important dans cette évolution.

Certaines complications sont à craindre à commencer par un épisode dépressif, et d'éventuels risques suicidaires, l'abus et/ou la dépendance vis-à-vis de l'alcool ou des anxiolytiques, la survenue de maladies psychosomatiques ou l'apparition de troubles névrotiques plus structurés.

Principes du traitement

Trouble anxieux généralisé

L'abord psychothérapeutique de soutien est ici essentiel. Le soignant, par une écoute patiente, une dédramatisation des manifestations anxieuses, une compréhension rassurante, des attitudes souples,

Tableau 3.1. Les troubles anxieux.

Critères diagnostiques du DSM-IV (voir page 125)		Diagnostics infirmiers	
Attaque de panique	<p>Malaise intense avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - palpitations, - transpiration, - tremblements, - sensation d'étouffement, - sensation d'étranglement, - douleur thoracique, - nausée, - vertige, - sentiment d'irréalité, - peur de devenir fou, de mourir, - paresthésies, - bouffées de chaleur. 	⇒ Anxiété.	
Agoraphobie	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété liée à des lieux ou des situations dont il est difficile de s'échapper. - L'évitement de ces situations. - L'absence d'autre atteinte mentale ou somatique. 	⇒ Anxiété.	
Trouble panique sans agoraphobie	<ul style="list-style-type: none"> - À la fois : <ul style="list-style-type: none"> - attaques de panique récurrentes, - accompagnées de la crainte d'une récurrence, de la crainte de perdre son contrôle ou d'un changement de comportement important en relation avec les attaques, - sans agoraphobie, - sans cause médicamenteuse ou liées à une autre pathologie. 	⇒ Anxiété. ⇒ Stratégie d'adaptation individuelle inefficace.	
Trouble panique avec agoraphobie	<ul style="list-style-type: none"> - Attaque de panique. - Agoraphobie. - Non expliqué par une maladie autre ou la prise de médicaments. 	⇒ Anxiété.	
Phobie spécifique	<ul style="list-style-type: none"> - Peur irraisonnée liée à la présence d'un objet ou d'une situation spécifique. - Avec réaction anxieuse immédiate lors de la confrontation. - Reconnaissance du caractère absurde de la peur. - Évitement des situations phobogènes. - Perturbation des habitudes. - Sans autre trouble somatique ou mental associé. 	⇒ Anxiété. ⇒ Perturbation des opérations de la pensée. ⇒ Perturbation des interactions sociales et perturbation de la dynamique familiale.	
Phobie sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Peur persistante, intense, irrationnelle de situations sociales ou de situations de performance. - Avec anxiété, voire attaque de panique lors de l'exposition à la situation. - Reconnaissance de l'aspect irrationnel de la peur. - Évitement des situations. - Perturbation des habitudes. - Sans autre trouble somatique ou mental associé. - Ou non liée à un trouble somatique existant. 	⇒ Anxiété. ⇒ Stratégie d'adaptation individuelle inefficace. ⇒ Perturbation des interactions sociales.	

Tableau 3.1. Les troubles anxieux. (Suite)

Critères diagnostiques du DSM-IV		Diagnostics infirmiers
Trouble obsessionnel compulsif	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'obsessions ou de compulsions. - Dont le caractère excessif ou irraisonné est reconnu par le sujet. - À l'origine d'un sentiment de détresse et une perturbation instable des activités habituelles. - Non liées à une autre atteinte ou à une prise de substances. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Perturbation des opérations de la pensée. ⇒ Stratégie d'adaptation individuelle inefficace. ⇒ Perturbation des interactions sociales. ⇒ Perturbation de la dynamique familiale.
État de stress post-traumatique	<ul style="list-style-type: none"> - Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel : <ul style="list-style-type: none"> - des individus sont morts ou ont été blessés, - ses réactions se sont traduites par un sentiment d'impuissance et d'horreur. - L'événement traumatisant est constamment revécu. - Évitement des stimuli associés au traumatisme. - Présence de symptômes neurovégétatifs persistants : <ul style="list-style-type: none"> - de durée prolongée, - ayant un retentissement social et professionnel. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Stratégie d'adaptation individuelle inefficace. ⇒ Perturbation des opérations de la pensée. ⇒ Perturbation des interactions sociales.
État de stress aigu	<ul style="list-style-type: none"> - Exposition du sujet à un événement traumatique : <ul style="list-style-type: none"> - avec morts ou blessés, - avec sentiment d'impuissance et d'horreur. - Suivi de symptômes dissociatifs (déréalisation, dépersonnalisation). - L'événement traumatique est constamment revécu. - Évitement des stimuli qui réveillent le traumatisme. - Syndrome anxieux persistant. - Altération du comportement socioprofessionnel. - D'une durée de 2 jours à 4 semaines. - Non lié à une atteinte somatique, psychique autre ou à une prise de substance. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Stratégie d'adaptation individuelle inefficace. ⇒ Anxiété. ⇒ Perturbation de la dynamique familiale. ⇒ Perturbation des interactions sociales.
Anxiété généralisée	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété et soucis excessifs. - Difficiles à contrôler. - Associés à : <ul style="list-style-type: none"> - agitation, - fatigabilité, - difficultés de concentration et troubles mnésiques, - irritabilité, - tension musculaire, - perturbation du sommeil. - Non liée à une attaque de panique, une phobie, un TOC, un stress post-traumatique. - Entraînant une souffrance significative et une altération du fonctionnement socioprofessionnel. - Non due à une maladie somatique ou psychique ou à une prise de substance. 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Anxiété. ⇒ Stratégie d'adaptation individuelle inefficace. ⇒ Perturbation des opérations de la pensée et stratégie d'adaptation individuelle inefficace. ⇒ Perturbation de la dynamique familiale. ⇒ Perturbation des interactions sociales.

TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ

M^{me} M. est amenée aux urgences par les pompiers. Ceux-ci sont intervenus sur son lieu de travail à la demande de sa chef de service. En effet, M^{me} M. qui avait dû subir des reproches de cette chef pour un retard est brusquement devenue pâle, s'est plainte d'un malaise puis s'est effondrée sur le sol, sans connaissance.

À l'arrivée des pompiers, elle était consciente, mais exprimait une crainte très vive de mourir : en effet, elle éprouvait une douleur thoracique violente et sa gorge était « tellement serrée » qu'elle craignait de ne pouvoir respirer.

Cette femme de 38 ans, mince, pâle, à l'air fatigué, n'évoquait à l'interrogatoire aucun antécédent cardiaque. Mais son attitude paniquée, le tremblement de ses mains et de ses lèvres paraissaient inquiétants.

Son pouls était à 80, sa tension à 11-7. L'électrocardiogramme pratiqué par le médecin urgentiste ne montrait aucune anomalie. L'examen clinique, le bilan biologique étaient normaux.

M^{me} M. est alors présentée au psychiatre : elle évoque en sa présence tout un passé d'inquiétude.

Timide, peu communicative, elle se préoccupait dès l'enfance de ses résultats scolaires pourtant bons. Pire, elle rougissait facilement à la moindre remarque et avait honte de cette rougeur qui la désignait aux yeux de tous. « J'aurais, dit-elle, voulu me cacher dans un trou de souris ».

Mais elle n'attachait pas à son malaise une importance démesurée, car sa mère était comme elle, une « angoissée ».

La situation perdue sans aléas majeurs : elle termine ses études de secrétariat, est embauchée dans une mairie, se marie, a deux enfants.

Mais à la naissance du deuxième enfant, qui est fragile et souvent malade, elle change, s'inquiète « pour un rien » : la nuit, elle va voir si son fils respire bien, le moindre retard de son mari lui fait soupçonner un accident. Le matin au réveil, elle éprouve un sentiment de mal-être qui la perturbe : sa gorge est serrée, elle a peur sans raison.

Cette inquiétude s'aggrave peu à peu. Elle devient moins attentive à son travail, a des difficultés à se concentrer, ce qui lui attire des reproches de sa chef. Elle se sent fatiguée, inefficace.

C'est dans ce contexte qu'est survenu le malaise qu'elle ressent comme une menace de mort imminente.

Symptomatologie

La symptomatologie devient évocatrice avec :

- la crise de panique survenue dans un contexte conflictuel s'exprimant par la sensation de mort imminente, la striction thoracique étouffante, la douleur précordiale, la pâleur;
- et ce sans support organique retrouvé (en effet, elle pourrait être confondue avec l'angoisse déclenchée par un infarctus du myocarde);
- les signes d'inquiétudes : tremblements des mains, fébrilité;
- la notion d'un trouble anxieux généralisé constitué :
 - d'inquiétudes sans support réel au sujet des êtres qui lui sont chers,
 - d'un mal-être à prédominance matinale;
- avec des signes d'accompagnement :
 - un trouble de l'attention et de la concentration,
 - l'asthénie,
 - l'éreutophobie (crainte de rougir).

Elle est complétée par la notion d'ancienneté des troubles, ainsi que d'antécédents familiaux d'anxiété chez sa mère.

Diagnostic médical

Le diagnostic porté est celui d'attaque de panique sur un fond anxieux généralisé.

Traitement

Le traitement prescrit par le psychiatre de garde se situe à deux niveaux :

- l'administration en urgence d'une ampoule de Tranxène 50 par voie intraveineuse lente dans 100 cm³ de sérum physiologique;
- l'indication d'un suivi ultérieur par un psychiatre privé ou dans un CMP pour mettre en place un traitement de fond de la maladie anxieuse.

Diagnostics infirmiers

- Trouble douloureux sans support organique.
- Trouble anxieux.

Objectifs de soins

Ils viseront :

- à faire reconnaître à M^{me} M. le caractère psychique de sa douleur et ce sans occulter l'authenticité de cette souffrance;
- à l'amener à situer la survenue de sa crise dans le contexte d'une maladie anxieuse;
- à lui faire prendre conscience que les manifestations qu'elle présente correspondent à une maladie et sont susceptibles d'être soignées;
- à lui expliciter la nécessité d'un suivi régulier et probablement prolongé.

Interventions infirmières

Elles viseront en première intention à calmer l'état de panique à savoir :

- isoler la patiente dans un endroit calme en assurant un maximum de présence réconfortante;
- administrer le traitement médicamenteux : pose de la perfusion IV passée en 2 heures (17 gouttes par minute) en notant l'heure de la pose;
- surveiller et noter le degré de conscience, le pouls, la TA, l'ensemble des réactions au traitement;
- adopter vis-à-vis de la patiente une attitude calme et rassurante;
- prévenir son mari avec son accord et lui demander de venir la voir.

Dans un deuxième temps, l'effet sédatif du traitement se faisant sentir, l'accent pourra être mis sur le support psychologique des manifestations douloureuses. L'écoute attentive et non intrusive permettra à la patiente d'exprimer ses inquiétudes, son vécu, d'évoquer ses relations avec sa famille et son entourage.

À l'arrêt de la perfusion, la patiente est somnolente, elle est gardée quelques heures aux urgences, dans l'attente de la venue de son mari.

L'infirmier(e) :

- s'assure que la crise de panique est terminée;
- que la douleur thoracique a disparu;
- que sa famille est prête à l'accueillir et à l'entourer;
- l'aide à organiser sa sortie administrative;
- lui remet l'ordonnance préparée par le psychiatre en lui rappelant que la prise de médicaments sédatifs n'autorise pas la conduite automobile;
- organise avec son accord un rendez-vous pour un suivi spécialisé.

suggestives et parfois directives, procure réassurance et confort au patient anxieux.

Une approche cognitive tente de corriger les biais dans le traitement de l'information du sujet anxieux ; elle est souvent associée à des techniques de relaxation.

Les psychothérapies d'inspiration analytique peuvent également être proposées.

Le recours au traitement médicamenteux se fait rarement en première intention du fait du caractère chronique du trouble et du risque de pharmacodépendance. Toutefois, les benzodiazépines peuvent être utiles sur des périodes limitées, d'un mois environ. Les antidépresseurs ISRS (inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine, voir *Le traitement des états dépressifs*, pages 59-60) (sertraline, paroxétine) ont également montré une bonne efficacité dans cette indication, même en l'absence d'éléments dépressifs.

Il est, en outre, toujours recommandé la pratique des règles hygiénodétériques (arrêt des excitants : thé, café, tabac, alcool ; pratique d'un sport, ...).

Trouble panique

Dans tous les cas devant une crise, l'isolement et

l'entretien avec le patient favorisent la dédramatisation et l'apaisement

L'usage d'une chimiothérapie anxiolytique a montré ici une bonne efficacité. La durée du traitement est habituellement de 3 à 12 mois avec une mise en route progressive. Les médicaments prescrits sont essentiellement les benzodiazépines (alprazolam : *Xanax*, clonazepam : *Rivotril* notamment) et les antidépresseurs type ISRS ou tricycliques (clomipramine : *Anafranil*).

Les thérapies cognitives et comportementales comprenant des techniques d'exposition graduée *in vivo*, la relaxation, les techniques respiratoires (contrôle du besoin d'hyperventiler), s'avèrent également utiles associées à l'information sur les fausses croyances du patient et les attaques de panique (durée limitée dans le temps, absence de risque vital...).

Les psychothérapies d'inspiration analytique peuvent, dans certains cas, soulager les patients qui souhaitent réfléchir sur la signification des symptômes anxieux observés et le symbolisme de la situation évitée.

Le trouble anxieux généralisé peut s'accompagner de manifestations somatiques diverses ou ne s'exprimer qu'au travers de celles-ci.

Névrose phobique

La phobie qui tire son étymologie du grec « phobos » (crainte soudaine) se définit comme une peur marquée et spécifique déclenchée électivement par la présence réelle d'un objet, ou d'une situation dite phobogène, ne présentant pas en eux-même de caractère objectivement dangereux. Elle disparaît en dehors de l'exposition à l'objet ou la situation responsable. Cette peur irrationnelle et les manifestations anxieuses qui l'accompagnent, lors de la confrontation au stimulus phobogène entraînent des conduites d'évitement ou de réassurance caractéristiques. Ces conduites se situent bien au-delà du contrôle volontaire, et ce bien que le sujet soit conscient du caractère excessif et pathologique de sa crainte.

Le diagnostic de névrose ou trouble phobique nécessite la présence d'une symptomatologie phobique typique, stable, durable, gênante, et prévalente. Elle ne doit donc pas être imputable à une autre affection psychiatrique, médicale ou toxique.

Il n'est pas rare que soit rapportée l'existence de traits de personnalité hystérique ou dépendante associant diversement une dépendance vis-à-vis de l'entourage, passivité et timidité, la recherche de bénéfices secondaires.

On décrit par ordre de fréquence trois types de phobie d'origine névrotique : l'agoraphobie, les phobies sociales, et les phobies simples.

Il s'agit de troubles fréquents concernant 5 à 10 % de la population avec une nette prédominance féminine surtout en ce qui concerne l'agoraphobie.

Clinique

► **L'AGORAPHOBIE.** Elle se définit par la peur d'être seul, dans un endroit ou une situation dans lesquels il serait difficile d'être secouru ou de s'échapper en cas de problème ou d'incapacité



soudaine. En cas d'exposition à la situation redoutée, l'agoraphobe éprouve un malaise intense.

En cas de confrontation inéluctable, il préfère donc se faire accompagner par un proche, lequel prend alors une valeur contraphobique.

Le mode d'installation du trouble peut être brutal et d'aggravation rapide à la suite d'attaque de panique ou plus progressif.

► **LES PHOBIES SOCIALES** se caractérisent par la peur intense, persistante et irrationnelle de se retrouver dans une situation dans laquelle on se trouve exposé à l'observation attentive d'autrui, ou bien dans des situations de performance devant des personnes non familières. Parmi celles-ci se trouve l'éreutrophobie ou crainte de rougir.

Les phobies sociales débutent à la puberté et connaissent une évolution chronique.

► **LES PHOBIES SIMPLES OU SPÉCIFIQUES** correspondent à la crainte angoissante, isolée et irrationnelle face à un stimulus (situation ou objet) très spécifique, à l'exclusion de la peur d'avoir une attaque de panique (agoraphobie) et de la peur des situations sociales (phobies sociales).

► **LES CONDUITES PHOBIQUES.** Dans le but de

conjuguer l'angoisse le phobique utilise trois types de stratagème :

- les conduites d'évitement ;
- les conduites de réassurance ;
- plus rare et souvent inefficace, la fuite en avant.

Voir NCI 13, 3^e édition, pages 39-41.

Évolution

Habituellement découverts chez l'adulte jeune, les troubles phobiques peuvent succéder à l'existence de peurs dans l'enfance. Les complications majeures résident, principalement pour l'agoraphobie et les phobies sociales dans la survenue d'épisodes dépressifs avec leur risque suicidaire, les conduites addictives à visée anxiolytique et désinhibitrice. Les conséquences fonctionnelles dans les domaines relationnel, affectif, familial et professionnel peuvent en outre entraver gravement la vie du phobique.

Principes du traitement

● Les thérapies comportementales et cognitives trouvent avec les phobies une indication de choix. Elles reposent sur le principe de déconditionnement, et consistent en une désensibilisation lente, graduelle, et contrôlée, lors de séances d'exposition en imagination et plus rarement *in vivo*, durant lesquelles le sujet apprend à mieux gérer la situation et ses propres réactions émotionnelles.

● La technique de l'immersion est plus rare, elle confronte le sujet à la situation phobogène maximum.

● Les techniques de restructuration cognitive, d'affirmation de soi, ou d'imitation de modèle ont également montré une bonne efficacité.

● Les psychothérapies d'inspiration analytique trouvent également, ici, une indication classique.

● La prescription d'antidépresseurs : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (Prozac...) ou de certains tricycliques (Anafranil...) peut se justifier en cas de crises d'angoisse fréquentes et d'une répercussion sociale, familiale et professionnelle importante. De même la prescription d'anxiolytiques sur des périodes plus brèves peut réduire l'anxiété anticipatoire et favoriser la mise en place d'une psychothérapie. Dans le cas de l'anxiété de performance (phobie sociale), la prise de certains bêta-bloquants (Avlocardyl) une heure avant la situation redoutée permet de réduire les manifestations anxieuses.

ÉTUDE DE CAS

NÉVROSE PHOBIQUE

M^{me} D, âgée de 31 ans, est adressée en hospitalisation libre par le Centre médico-psychologique pour des plaintes anxieuses de plus en plus invalidantes et une altération de l'état général. Elle est suivie depuis près d'un an par le CMP pour des manifestations d'anxiété (sueurs, malaises, pâleur, tremblements, sensations d'étouffement...) survenant de manière presque exclusive dès lors qu'elle est confrontée à la foule (grands boulevards, magasin, transports en commun...).

À son arrivée, la patiente est amaigrie, fatiguée, souvent sur le qui-vive; elle semble rechercher un certain isolement au sein de l'unité. Le contact est bon, elle est volontiers souriante. Elle reconnaît l'existence de ses troubles. Elle évoque le départ en vacances de ses parents à l'étranger. Alors qu'elle avait pris l'habitude de faire les courses avec sa mère, en raison de l'absence de cette dernière, elle « ne s'est pas sentie le courage de sortir seule ». Elle révèle faire une surconsommation des anxiolytiques qui lui sont habituellement prescrits. Depuis quelques semaines elle se plaint de difficultés d'endormissement et d'une asthénie prédominant le matin.

Âgée de 31 ans, divorcée depuis 2 ans, sans enfants, elle vit actuellement seule dans un appartement situé au-dessus de celui de ses parents. Elle assure le ménage et l'entretien de bureaux à 300 mètres de chez elle. Il ne lui est pas connu d'antécédents psychiatriques ou somatiques particuliers.

Diagnostic médical

Névrose phobique type agoraphobie.

Traitement

- Deroxat comp. : 1 comp. le matin à titre antidépresseur.
- Xanax 0,25 comp. : 1/2-1/2-1/2 à titre anxiolytique.
- Stilnox comp. : 1 comp. au coucher à titre hypnotique.

Objectif global

Que M^{me} D. puisse avoir une adaptation à la vie de tous les jours qui lui soit la moins préjudiciable possible, qu'elle puisse au travers de sa maladie, mieux en apprécier les enjeux (facteurs d'apparition, facteurs favorisants et mise en place de stratagèmes qui lui permettent de mieux vivre avec ses troubles).

Diagnostics infirmiers

- Anxiété.
 - Déficit nutritionnel.
 - Perturbation des habitudes de sommeil.
- Anxiété se manifestant par un sentiment d'inquiétude lié à la perception d'une menace à sa propre intégrité physique.

Objectif

Que M^{me} D. puisse avoir un contrôle des éléments phobiques afin de faire diminuer son anxiété dans un délai d'un mois.

Actions

- Administrer le traitement prescrit : l'anxiolytique traite l'anxiété et ses manifestations; l'antidépresseur agissant sur la tendance dépressive.
- Être vigilant sur la dépendance au médicament.
- Faire prendre conscience à M^{me} D. qu'elle a un terrain anxieux : qu'elle puisse repérer les manifestations somatiques, qu'elle puisse les verbaliser, qu'elle les transmette à l'équipe soignante.

- Identifier avec elle les situations phobogènes, la rassurer; dans un premier temps, M^{me} D. devra en repérer l'existence, puis en reconnaître le caractère absurde. Il faudra mettre M^{me} D. en situation pour analyser son comportement, le degré de réaction et la capacité à éviter les situations (mise en place de stratagèmes), ou à construire des objets contraphobiques (conduite de réassurance : sa mère en l'accompagnant dans ses sorties lui permettait de vaincre partiellement sa peur du dehors).

- Participer aux entretiens avec les psychiatres pour mieux comprendre sa pathologie et surtout voir où elle en est dans la compréhension de ses troubles.

- Instaurer un système de référent infirmier pour centraliser les informations et les transmettre dans le cadre de réunion clinique à l'équipe soignante du CMP.

Évaluation

Elle portera sur la capacité de M^{me} D. à construire des conduites de réassurance ou d'évitement qui seront, avec l'efficacité et la non-dépendance aux médicaments, les seuls éléments en faveur d'une baisse de l'anxiété.

- Déficit nutritionnel se manifestant par un amaigrissement lié à l'incapacité physique d'aller faire ses courses hors de chez elle.

Objectif

Que M^{me} D. reprenne une alimentation normale d'ici à deux jours.

Actions

- Proposer une reprise progressive de l'alimentation.
- Travailler en partenariat avec les diététiciennes.
- Surveillance du poids et des constantes quotidiennes avec établissement de courbes.
- Donner les indicateurs d'alerte : asthénie, perte de l'appétit, alimentation irrégulière ou peu équilibrée...

Évaluation

Elle portera sur des critères objectifs (voir courbes) et sur des critères subjectifs (capacité à situer l'importance à avoir une alimentation régulière).

- Perturbation des habitudes de sommeil se manifestant par une asthénie prédominant le matin, une certaine apathie et des difficultés d'endormissement lié à un stress quasi permanent.

Objectif

Que M^{me} D. retrouve un sommeil régulier et de qualité d'ici à une semaine.

Actions

- Favoriser des conditions de calme pour l'endormissement.
- Administrer le traitement hypnotique (Stilnox).
- Éviter les excitants : café, thé après 16 h 00.
- Limiter les temps de sieste; proposer des activités libératrices d'énergie : sport, footing, gymnastique, piscine...
- Faciliter la communication avec elle afin qu'elle puisse évacuer le stress.

Évaluation

L'appétence médicamenteuse décrite précédemment nous recommandera une grande vigilance quant à une administration prolongée. L'intervention sur l'hygiène de vie sera essentielle dans la prise en charge infirmière.

Névrose obsessionnelle ou trouble obsessionnel compulsif (TOC)

Tirant son origine du mot latin *obsessidère* (assiéger), la névrose obsessionnelle a disparu dans les classifications récentes, type DSM-IV, au profit du Trouble obsessionnel compulsif ou TOC. Elle se définit par la survenue d'*obsessions* (*idées, affects, ou images*) s'imposant à la conscience du sujet de façon répétée, involontaire et indépendante des circonstances environnementales. Ce dernier perçoit leur caractère absurde et morbide, mais les reconnaît comme siennes, c'est-à-dire émanant de sa propre activité psychique. La survenue de telles idées ou représentations, génère une lutte anxieuse de la part du patient qui tente en vain de s'en débarrasser. Afin d'apaiser cette angoisse et de neutraliser les idées obsédantes, il a recours à des *conduites dites compulsives* qui se définissent comme des actes délibérés et stéréotypés.

La prévalence du TOC est de 2 à 3 % dans la population, le sex-ratio est voisin de 1 et l'âge moyen de début se situe à 20 ans environ. Le trouble apparaît souvent à la puberté ou dans les suites d'événements de vie particulièrement marquants.

Il n'est pas rare qu'un tel trouble apparaisse chez des sujets présentant une *personnalité de type obsessionnelle* associant un perfectionnisme excessif, un souci de l'ordre et de la propreté, un sens aigu de l'économie, un entêtement obstiné, une tendance à l'indécision par rumination excessive.

Clinique

Les tableaux cliniques les plus fréquemment rencontrés s'organisent autour de la crainte de la contamination et du doute obsessionnel.

On décrit trois types d'obsession :

- **Les obsessions phobiques** qui consistent en l'évocation forcée de certains objets ou situations, dont la pensée seule (c'est-à-dire en dehors de la présence de l'objet) engendre de l'angoisse. Elles concernent principalement la crainte d'une maladie (nosophobie), d'une contamination, d'une souillure, ou la confrontation à une situation particulière.

- **Les obsessions idéatives** qui sont constituées de pensées prenant l'allure de ruminations mentales s'imposant sur un mode généralement interrogatif (crainte d'une omission, d'une erreur, questions métaphysiques insolubles...).

- **Les obsessions impulsives ou phobies d'impulsion** qui désignent la peur de commettre contre sa propre volonté un acte absurde, ridicule, immoral, nuisible voire criminel. L'acte redouté n'est jamais commis (peur de se jeter par la fenêtre, de se faire du mal, de prononcer des mots sacrilèges dans une église).

Les **conduites compulsives** et les **rites conjuratoires** sont des actes répétitifs que le sujet se sent obligé d'accomplir pour lutter contre les obsessions et l'anxiété qu'elles génèrent. Ces actes compulsifs sont accomplis de façon répétitive et prennent parfois le formalisme d'un rite : rite de vérification (fermeture des portes, des serrures ou des robinets), de lavage, d'habillage, de purification, de toilette. Ces rituels sont parfois plus intériorisés comme dans l'arithmomanie où le patient se sent obligé de réaliser des séries de calculs mentaux. Il est important de bien distinguer le TOC de la symptomatologie obsessionnelle qui peut s'observer dans la schizophrénie, la dépression, d'autres troubles névrotiques de type phobique ou encore certaines affections cérébrales.

Évolution

L'évolution de ce trouble est longue, continue ou fluctuante, émaillée de recrudescences obsessionnelles qui peuvent entraver de plus en plus notablement la vie professionnelle, sociale et affective du patient. Les complications majeures sont la survenue d'épisodes dépressifs sévères, l'apragmatisme et l'invalidité sociale par extension des symptômes.

Principes du traitement

Les traitements médicamenteux reposent avant tout sur certains antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (*Prozac, Floxyfral, Déroxat*) et sur la clomipramine (*Anafranil*); lesquels

ÉTUDE DE CAS

TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS

M^{lle} P. âgée de 25 ans, est arrivée en HDT il y a une semaine. Elle était accompagnée par sa sœur (signataire de la demande de placement). M^{lle} P. était hostile à l'idée d'une hospitalisation. Son entretien d'accueil fut difficile, car elle alternait des phases de mutisme avec des moments de vive protestation. La sœur nous informe que d'ordinaire très ponctuelle, M^{lle} P. arrive depuis quelques semaines à son travail avec plus d'une heure de retard. (elle exerce la profession de vendeuse). Celui-ci s'explique par le caractère de plus en plus envahissant des rituels de lavage, de vérification de fermeture des portes et des serrures lorsqu'elle quitte son domicile. Elle devient de plus en plus anxieuse et irritable avec ses collègues, supportant mal les remarques, le rangement faits par les autres. Un incident s'est produit en début de semaine avec l'employée de la société de nettoyage. Les collègues de M^{lle} P. ont dû la contenir car elle voulait chasser la personne dont elle estimait le travail mal fait. D'autre part, M^{lle} P. disparaît de longues minutes dans l'arrière-boutique pendant lesquelles elle se lave les mains. Dans le cadre de l'hospitalisation, elle reproduit les nombreux troubles du comportement décrits par la sœur. Son endormissement fait l'objet de rituels très envahissants; il faut que tout soit lavé et méticuleusement rangé. Si quelqu'un pénètre dans sa chambre, tout est remis en cause, elle devient anxieuse et recommence son ordonnancement.

Ses soins d'hygiène sont du même ordre : elle prend une douche tous les soirs pendant plus d'une heure et il nous est impossible de l'interrompre. Hier, à la suite de problèmes techniques, nous avons refusé d'ouvrir les douches. M^{lle} P. s'est mise en colère disant que c'était inadmissible. Après une discussion d'un quart d'heure, devant la fermeté de la décision, M^{lle} P. a réintégré sa chambre. Outre la colère, M^{lle} P. était très anxieuse et incapable de réagir autrement.

Pour les repas, M^{lle} P. ne prend que les aliments emballés hermétiquement. Elle utilise uniquement de la vaisselle jetable qu'elle lave avant utilisation. Lors de la prise des traitements, M^{lle} P. ne peut s'empêcher d'essuyer les comprimés à peine sortis de leur emballage. Durant cette semaine d'hospitalisation, M^{lle} P. a été vue à cinq reprises par le psychiatre du service. Un anxiolytique, un antidépresseur et un hypnotique ont été prescrits.

Diagnostic médical

Trouble obsessionnel compulsif.

Objectif global

Que M^{lle} P. puisse retrouver une activité normale dans un délai rapproché.

Diagnosics infirmiers

- Anxiété.
- Perturbation des habitudes de sommeil.
- Stratégie d'adaptation individuelle inefficace.

• Anxiété se manifestant par un état de tension permanent, une irritabilité, des risques de passage à l'acte, liée à l'envahissement des rituels de lavage.

Objectif

Favoriser les moyens d'expression de l'anxiété tout en limitant l'intensité des manifestations et leurs répercussions sur le quotidien.



Actions

- Administrer le traitement prescrit.
- Appliquer les consignes de sécurité en empêchant les passages à l'acte agressifs.
- Lui faire prendre conscience de ses troubles en les nommant.
- Lui faire admettre leur caractère inutile, voire absurde.
- Valoriser les tentatives qu'elle fera pour interrompre ses rituels en restant près d'elle et en proposant d'autres activités.
- Proposer des entretiens infirmiers pour lui permettre de verbaliser son anxiété.
- Suggérer des techniques de relaxation dans le cadre d'une prise en charge individuelle.

Évaluation

Elle portera sur la capacité à verbaliser et sur la survenue ou non de passage à l'acte hétéroagressif.

• Perturbation des habitudes de sommeil se manifestant par une grande fatigue, une somnolence diurne, des difficultés d'endormissement, liée à l'anxiété et à l'hyperactivité provoquée par les actes compulsifs.

Objectif

Que M^{lle} P. ait un sommeil de qualité dans un contexte de calme d'ici à une semaine.

Actions

- Administrer le traitement anxiolytique, antidépresseur et hypnotique. Surveiller les effets secondaires.

TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS (suite)

- Favoriser des conditions de calme pour l'endormissement.
- Éviter les excitants après 16 h 00 (café, thé...).
- Proposer des activités à orientation sportive en fin d'après-midi.
- Limiter les temps de repos dans la journée. Les planifier avec elle sur la journée.

« Stratégie d'adaptation individuelle inefficace se manifestant par l'incapacité à accomplir des gestes simples dans un délai raisonnable, un isolement social et affectif qui s'accroît, liée à l'incapacité à différer ses rituels ou à les interrompre.

Objectif

Que M^{lle} P. puisse réaliser des gestes simples dans un temps raisonnable quel que soit le contexte.

Actions

- Proposer des activités à M^{lle} P., puis les lui imposer.
- Faire en sorte qu'elle interrompe ses rituels en rendant obligatoires certains actes.
- L'inciter à rencontrer du monde, à sortir de sa chambre (le cas échéant fermer la porte à clef).

Évaluation

Pour éviter d'avoir une présence soignante derrière elle, M^{lle} P. va s'acquitter de certains gestes; son action sur les troubles obsessionnels compulsifs n'aura de réelle efficacité que si c'est elle qui en assure l'évolution. On pourra envisager un suivi dans le cadre de sorties d'essai en HDT.

ont montré une bonne efficacité sur les manifestations obsessionnelles, même en l'absence d'éléments dépressifs, à des doses parfois élevées.

En cas de tension anxieuse importante le recours aux benzodiazépines, voire aux neuroleptiques sédatifs (Tercian), peut être utile.

Les thérapies comportementales constituent une approche aujourd'hui reconnue. Elles reposent sur le fait qu'une réduction de l'anxiété et de l'accomplissement des rituels est rendue possible par une exposition répétée aux pensées obsédantes, lorsqu'elle s'accompagne d'une prévention de la réponse compulsive. La désensibilisation, l'immersion, l'arrêt de la pensée (qui oppose des images mentales agréables aux idées obsédantes) sont autant de techniques fréquemment utilisées dans le traitement des TOC.

La psychothérapie de soutien par un suivi attentif et une écoute compréhensive, mais non permissive, peut également aider les patients. Des conseils concernant les habitudes de vie et préconisant les voyages, les changements de cadre sont destinés à maintenir au mieux l'insertion professionnelle en distrayant temporairement le patient de ses rituels.

Les psychothérapies analytiques s'avèrent pour leur part souvent difficiles à mettre en place, mais gardent un intérêt dans les TOC de faible ou moyenne intensité.

Les thérapies familiales aident à réduire les conflits liés au trouble et favorisent une alliance thérapeutique avec la famille dans l'intérêt du patient.

Névrose hystérique

Clinique

Symptômes de conversion hystérique

Ils peuvent imiter toute la gamme de la pathologie organique et psychique.

► IL PEUT S'AGIR DE MANIFESTATIONS AIGÜES qui regroupent : des crises de hoquets, bâillements, pleurs, ou tremblements...; des crises mineures de type « crise de nerfs » syncopales ou tétaniformes

« spasmophiliques »; des crises dégradées avec agitation érotisée dans un état de semi-conscience ou attaque léthargique; plus rare aujourd'hui « la grande attaque à la Charcot » est une crise pseudo-convulsive, réactionnelle ou situationnelle, donnant lieu à des contorsions théâtrales, clownesques et désordonnées, s'accompagnant d'attitudes passionnelles extatiques, érotiques ou agressives. À noter l'absence de morsure de langue, de perte d'urine, de cyanose et d'amnésie rétrograde.

► LES MANIFESTATIONS DURABLES AFFECTENT DIVERSEMMENT :

- **La motricité** avec une fréquence des *pseudo-paralysies* sans signe objectif d'atteinte lésionnelle. Elles atteignent un membre ou plusieurs membres et peuvent provoquer une *astasié-abasié* (trouble de la marche et de la station debout) ou des troubles de la phonation. Il s'agit parfois de contractures (torticolis, mâchoires, rachis...) ou de mouvements anormaux.

- **La sensibilité**, que ce soient des *anesthésies-hypoesthésies*, des *hyperesthésies* (habituels points ovariens, sous-mammaires, du vertex) ou plus souvent de douleurs d'expression très théâtrale entraînant une impotence fonctionnelle disproportionnée, n'altérant pas le sommeil et résistantes aux traitements classiques.

- **Les fonctions sensorielles** qui peuvent toutes être affectées, surtout après un choc émotionnel.

- **Le système neurovégétatif**, ce qui occasionne des spasmes digestifs (dysphagie œsophagienne, nausée, diarrhée, pseudo-occlusion, dyspnée asthmatiforme, rétention d'urine, pollakiurie, vaginisme ou dyspareunie...).

Symptômes d'expression psychique ou manifestations dissociatives

La dissociation hystérique désigne le clivage de la conscience entre la personnalité d'une part et un état de conscience altéré de l'autre. Elle entraîne de manière soudaine et transitoire une altération :

- **De la mémoire** : *amnésies psychogènes lacunaires ou sélectives*, plus rarement généralisées; le plus souvent après une situation de conflit. Elles sont parfois compensées par des *fabulations*, faux souvenirs avec reconstruction du passé. L'amnésie peut provoquer un état d'*errance* ou *fugue amnésique*.

- **De la conscience** : des *états crépusculaires* avec obnubilation, sentiment d'étrangeté, de dépersonnalisation, voire des *états de transe* avec exaltation mystique ou seconds avec production oniroïde d'images visuelles d'allure hallucinatoire. Durant les *états somnambuliques*, le sujet va agir selon une scène imaginaire en reproduisant un événement traumatique. Il est également mais rarement décrit l'existence de *personnalités multiples*.

Peuvent également s'y associer les *pseudo-dépressions* (tristesse sans ralentissement), les *pseudo-hallucinations* (souvent visuelles sur des thèmes

magiques ou diaboliques), ou les *pseudo-démences hystériques atypiques*.

Caractères généraux des symptômes hystériques

Ils réalisent :

- **Des bénéfices primaires** par annulation ou baisse de la tension anxieuse provoquée par le conflit inconscient. Ils s'expriment au travers de la *belle indifférence* de l'hystérique pour ses symptômes.

- **Des bénéfices secondaires** sur l'entourage sont souvent identifiables; ils conditionnent largement le pronostic.

Le symptôme connaît une *évolution variable*, sensible à la suggestion, aux modifications de l'entourage ou de l'environnement.

Il est potentiellement réversible.

Le « choix » et la localisation du symptôme sont fonctions de certains paramètres (imitation, suggestion, identification à la maladie d'un proche ou à un état personnel antérieur, investissement libidinal de certaines parties du corps...).

Il faut rappeler l'absence de simulation et de tout support organique sous-jacent (examen clinique et paraclinique normaux).

Il n'est pas rare d'observer la survenue des manifestations de conversion dans un contexte de *personnalité pathologique hystérique*. Cette association semble nécessaire pour parler de *névrose hystérique*. Les traits de personnalité hystériques se retrouvent au sein des classifications récentes dans les personnalités histrioniques et dépendantes.

La personnalité hystérique

Elle concerne principalement la femme et regroupe diversement :

- **L'histrionisme** ou théâtralisme qui correspond au désir de paraître et d'être le point de mire des regards d'autrui. L'hystérique en vient à s'attribuer des rôles changeants et à faire preuve d'*hyperconformisme vis-à-vis* de son modèle féminin.

- **La facticité des affects** avec outrance et dramatisation dans l'expression des émotions.

- **L'érotisation des rapports sociaux**, y compris les relations les plus banales.

- **L'hyperémotivité** et la **labilité émotionnelle** parfois spectaculaires (décharges émotionnelles)

HYSTÉRIE

M^{me} X. est arrivée dans le service en hospitalisation libre il y a 15 jours après un passage au SAU (Service d'accueil et d'urgence) où elle a présenté un épisode d'agitation dans un contexte de douleur abdominale aiguë. Après deux jours en service porte, les examens biologiques et échographiques se sont avérés normaux. La douleur s'est estompée spontanément. Devant des manifestations anxieuses de plus en plus envahissantes et la répétition des crises d'agitation, son orientation sur le secteur psychiatrique est décidée et acceptée par la patiente.

État à l'arrivée et déroulement de l'hospitalisation

La véhémence a rapidement régressé, la patiente devenant à l'aise voire familière avec les personnes rencontrées. Elle s'arrangeait pour qu'il y ait toujours du monde autour d'elle. Elle semblait apprécier de concentrer sur elle l'attention des patients et des soignants. Avec l'équipe, elle a abandonné peu à peu le ton familier pour mettre en avant les plaintes somatiques. Elle se mit alors à décrire des maux de tête, des douleurs abdominales, des nausées dans un contexte théâtral particulièrement lors des réunions inter-équipe à 13 heures. Elle exprimait sa souffrance avec une telle énergie qu'elle fut l'objet d'un investissement particulier de l'équipe soignante. Elle réussit à obtenir des suppléments alimentaires, une suspension du traitement chimiothérapique et de pouvoir rester dans son lit toute la matinée.

Des examens biologiques complémentaires confirmèrent l'absence d'organicité.

Ils furent communiqués à M^{me} X. dans le cadre d'un entretien médical. M^{me} X. témoigna d'une grande tristesse, d'un grand abattement et souhaita interrompre d'elle-même l'entretien.

Cet après-midi, durant la visite de sa famille, M^{me} X. a fait une chute dans le couloir sous nos yeux. Celle-ci s'est accompagnée d'une crise épileptiforme : spasme, yeux réversés, agitation motrice et désordonnée des quatre membres. Il n'y eut pas de morsure de la langue, ni d'émission d'urine. La glycémie capillaire

était de 0,85 g/L et la pression artérielle de 13/7. Un EEG a été fait et n'a rien montré.

Éléments biographiques

Cette patiente, âgée de 36 ans et mère d'un garçon de 10 ans, est native de Marseille. Après un BTS d'action commerciale, elle se marie et vient s'installer à Paris. Elle exerce l'activité de vendeuse dans un magasin de prêt-à-porter féminin. Elle est décrite comme coquette, d'une humeur versatile et d'un tempérament jaloux, réagissant mal aux difficultés existentielles. Le mari nous informe que sa femme a récemment été affectée d'apprendre que sa mère était atteinte d'un cancer colorectal.

Antécédents médicaux et chirurgicaux

Le mari rapporte l'existence chez sa femme de spasmophilie, d'une appendicectomie durant l'adolescence et d'une colopathie fonctionnelle avec de fréquents épisodes de pseudo-occlusion.

Diagnostic médical

Névrose hystérique avec troubles de conversion.

Traitement et consignes

Le psychiatre du service propose la prise en charge suivante :

- Administration d'un traitement anxiolytique léger.
- Surveillance du comportement avec prise en compte de tous les changements.
- Il est demandé au personnel infirmier de ne pas manifester de doute quant à la véracité des symptômes et d'appliquer les attitudes et conduites thérapeutiques prescrites.
- L'hypothèse diagnostique ne sera pas communiquée à M^{me} X.
- Participation de M^{me} X. aux activités à visée sociothérapeutique.
- Créer un climat de confiance afin qu'elle puisse parler de ses inquiétudes et angoisses.
- Des entretiens avec le psychologue du service lui seront proposés.

qui marquent le manque de contrôle de l'état affectif.

- La dépendance affective avec la recherche constante d'hommages et d'attentions.
- L'égoïsme.
- Les troubles de la sexualité, constants, sous la forme de l'indifférence, du dégoût, ou plus rarement d'une hypersexualité apparente.

Évolution

Les complications évolutives résident principalement dans les risques de maintien du symptôme par des bénéfices secondaires importants, ou une trop grande tolérance de l'entourage et le handicap affectif, familial, social ; s'y associent les risques de surconsommation médicale ou chirurgicale, d'abus de médicament,

d'épisodes dépressifs, de conduites suicidaire, alcoolique, ou toxicomaniaque.

Principes du traitement

Devant les accidents de conversion : il convient d'adopter une attitude calme et impassible, une écoute bienveillante mais ferme dans le but de rassurer le patient. En cas de manifestations paroxystiques, l'éloignement des spectateurs, voire l'isolement temporaire du milieu familial par une hospitalisation brève, en réduisant les bénéfices secondaires, peut apaiser le patient et faire céder un symptôme d'apparition récente. Le recours à la suggestion ferme et à la persuasion, par la valorisation de la guérison et la dévalorisation

de la maladie, peut également se révéler efficace. De même, il ne faudra ni induire, ni renforcer les symptômes par des allusions, remarques ou attitudes. Parfois, l'intensité de la crise peut justifier l'usage d'un traitement sédatif. L'intervention auprès du patient et de l'entourage devra être prudente, en ne verbalisant pas de façon brutale ce que l'on croit avoir compris du symptôme. Dans tous les cas, il ne faudra pas méconnaître une

affection organique, et ce surtout s'il s'agit d'un accident isolé.

Les traitements de « fond » reposent avant tout sur la psychanalyse et les psychothérapies d'inspiration analytique, plus souples et d'indications plus larges, qui permettent une meilleure connaissance des mouvements pulsionnels échappant à la conscience. L'hypnose trouve également avec l'hystérie une indication classique.

États réactionnels d'expression névrotique

Deux modes évolutifs sont décrits pour ces états réactionnels qui succèdent à un événement psychologiquement traumatique : la réaction aiguë à un facteur de stress (qui comprend des réactions névrotiques et psychotiques) et l'état de stress post-traumatique (anciennement névrose traumatique). Ces troubles sont secondaires à l'exposition à un événement traumatisant, c'est-à-dire, revêtant un caractère d'exception tout en confrontant à l'idée de la mort : expériences de guerre, de torture, de catastrophe naturelle, de viol...

L'appréciation subjective de chaque individu exposé conditionne la réaction pathologique post-traumatique. Des facteurs prédisposants ont ainsi été évoqués : trouble de la personnalité (hyperémotivité, immaturité affective), absence de soutien social adéquat et conditions de vie difficiles, vulnérabilité constitutionnelle (alcoolisme, malnutrition)... De la confrontation entre le traumatisme et la constitution résulteront les états réactionnels d'expression névrotique.

Clinique

L'état de stress post-traumatique

Son apparition est provoquée par un traumatisme extrême durant lequel le sujet a ressenti une peur intense, un sentiment d'impuissance et d'horreur.

► APRÈS UNE PHASE DE LATENCE silencieuse d'une durée variable ou parfois après une réaction émotionnelle aiguë apparaît le **syndrome de répétition**. Il se manifeste par des cauchemars, des souvenirs hallucinatoires, des décharges émotives

(pleurs, tremblements), des ruminations et des flash-back répétitifs. Ces phénomènes de reviviscence traumatique entraînent des **conduites d'évitement** des stimuli associés à l'événement afin de ne pas en éveiller le souvenir. D'autres symptômes non spécifiques sont rapportés : manifestations anxieuses, conversions hystériques, états asthéniques ou hypocondriaques, épisodes dépressifs réactionnels, altération du sommeil, troubles de la concentration. La durée des troubles est supérieure à six mois.

L'évolution de l'état de stress post-traumatique peut être longue. La symptomatologie spécifique tend cependant à s'atténuer même si le maintien de la régression, avec dépendance et passivité, peut être favorisé par l'attitude de l'entourage et les bénéfices secondaires avec des tableaux hystéro-phobique ou hypocondriaque. Parfois le tableau clinique s'organise sur un mode revendicateur. Il est également décrit une évolution vers des modifications durables de la personnalité associant une attitude permanente d'hostilité et de méfiance, un retrait social, un sentiment constant de vide ou de détachement.

La réaction névrotique aiguë

Elle se différencie de l'état précédent par sa durée inférieure à six mois. Le tableau peut être dominé par les manifestations anxieuses (tachycardie, sueurs, tremblements, crainte d'une mort imminente...), des manifestations hystéromorphes (crises excitomotrices, états crépusculaires...) qui accompagnent des phénomènes de remémoration traumatique, d'un état de qui-vive, d'émoussement

NÉVROSE TRAUMATIQUE

M. A., 35 ans, arrive accompagné de son épouse, à la consultation du Centre médico-psychologique pour des problèmes de sommeil et un sentiment d'inquiétude récent et persistant dans un contexte de ralentissement psychomoteur. Après un entretien d'une demi-heure, les constatations suivantes sont énoncées.

Il se décrit sur le qui-vive, en état d'alerte permanent. Il fait état de situations de craintes qualifiées de stressantes (notamment les bruits sourds et soudains) avec sueurs profuses, pâleur du visage, tachycardie à 120 pulsations par minute à distance d'efforts particuliers.

Il alterne les états de stupeur avec sensation d'étrangeté (il ne pense pas réellement vivre les situations : inhibition importante) avec des états d'hyperactivité stérile.

Ses problèmes de sommeil sont évoqués : deux aspects sont ainsi abordés ; d'abord l'endormissement, où M. A. est excité, il n'arrive pas à s'apaiser et s'endort parfois 3 heures après le coucher, puis le sommeil lui-même : M. A. fait régulièrement depuis une quinzaine de jours des cauchemars (ce qui ne lui arrivait jamais auparavant) évoquant des scènes d'incendie ou de démolition.

On apprend également qu'il y a 1 mois soit le 21 septembre 2001 il était à Toulouse chez sa belle-sœur. Il était dans le centre ville lors de l'explosion de l'usine de produits chimiques. Des vitres sont tombées dans le quartier où il était à la suite de la déflagration. Il est resté 2 jours à Toulouse pour aider ses proches et des habitants puis il est rentré à Paris. Bien qu'ayant eu peur de la situation il ne pensait pas en subir les conséquences. Il dit également ne pas avoir été choqué. Un séjour dans l'unité d'hospitalisation est proposé à M. A. afin de répondre à ses problèmes de sommeil et d'en comprendre les signes avec lui.

Diagnostic médical

Réaction de stress post-traumatique.

Les orientations du travail seront :

- L'observation de M. A. :
 - traits de personnalité,
 - facteurs de vulnérabilité,
 - ressources de l'entourage.
- L'aide à la verbalisation pour resituer le traumatisme dans la vie de M. A.
- L'aisance vis-à-vis de l'épouse (éviter le maternage qui risque de générer une régression).
- La distanciation vis-à-vis du vécu et des différents symptômes afin de ne pas adhérer à la situation et rester dans la réalité.
- L'observance du traitement.
- La limitation de l'hospitalisation dans la durée avec une reprise rapide du travail.

Objectif global

Que M. A. gère mieux les répercussions de son angoisse traumatique afin qu'il retrouve son état d'avant le 21 septembre 2001 d'ici une huitaine de jour.

Diagnostiques infirmiers

- **Anxiété** se manifestant par une tension accrue, une peur, une agitation, une tachycardie, des sueurs profuses, une pâleur du visage, liée au souvenir de l'explosion (traumatisme) et à la peur de mourir.

- **Risque élevé de violence envers soi et les autres** se manifestant par une agitation et une tension importante, lié à l'état de panique récurrent et à la perte de maîtrise de soi-même.

- **Stratégie d'adaptation individuelle inefficace** se manifestant par un stress émotionnel majeur, une incapacité à demander de l'aide et une inquiétude chronique, liée à une vulnérabilité, à des relations sociales plus rares, à des perceptions irréalistes et à une menace à sa propre intégrité.

- **Perturbation de la dynamique familiale** se manifestant par une incapacité à surmonter le traumatisme de façon constructive et une faillite des processus décisionnels liée à la crise situationnelle.

• Anxiété

Objectif

Que M. A. ait une meilleure maîtrise de son anxiété et qu'il puisse la verbaliser.

Actions

- Évaluer le degré d'anxiété. Si celle-ci est trop importante, se donner du temps : attendre que les traitements agissent afin que M. A. soit moins pris par son anxiété ; en partant de là, on pourra obtenir son concours.
- Encourager M. A. à parler dans le cadre du groupe de parole ou par le biais d'activités diverses : jeux de société, lecture, musique, activité à orientation sportive...
- S'attacher à recueillir des informations sur le mode de vie : relations, travail, alimentation, sommeil, loisirs afin de cerner les habitudes de vie de M. A. et de mesurer le retentissement de l'anxiété sur sa vie et celle de ses proches.
- Participer aux entretiens avec le psychiatre afin de mieux comprendre où il en est.
- Canaliser la tension nerveuse de M. A. par la relaxation.
- Prendre en considération les divers symptômes que sont tachycardie, sueurs...
- Rassurer M. A. : appliquer le traitement anxiolytique et en mesurer les effets. Noter les manifestations anxieuses en précisant les origines, l'intensité, la durée, la fréquence, les facteurs aggravants et les transmettre rapidement à un médecin si la situation n'est plus gérable par la seule équipe infirmière.

Évaluation

Une diminution en nombre, en intensité des crises d'angoisse correspondra probablement à une amélioration. Si cela n'est pas obtenu, il y aura lieu de réadapter la stratégie de soin. Néanmoins, il sera souhaitable d'opérer un relais avec le CMP pour ne pas prolonger le séjour.

- **Risque élevé de violence envers lui-même et les autres.**

Objectif

Que M. A. puisse avoir un meilleur contrôle de lui-même, qu'il canalise sa propre violence.

Actions

- Rappeler à M. A. que la violence n'est pas une solution mais plutôt l'expression d'un mal-être.
- Canaliser l'énergie de M. A. par le biais du sport ou bien de la relaxation.
- Administrer un traitement sédatif qui permette à M. A. de se calmer. Lui proposer de se calmer tout seul dans sa chambre.

ÉTUDE DE CAS

NÉVROSE TRAUMATIQUE (suite)

- Surveiller les pulsations, la pression artérielle et l'état de conscience et le noter sur les feuilles de suivi.
- Procéder à une surveillance à distance, mais régulière.

Évaluation

Les passages à l'acte agressif sont la marque d'une difficulté à communiquer voire même d'une incompréhension. La verbalisation de l'angoisse devrait limiter la violence.

• Stratégie d'adaptation individuelle inefficace

Objectif

Que M. A. puisse faire confiance à son entourage et qu'il maîtrise ses réactions et leur portée.

Actions

- Évaluation du comportement auto- ou hétéroagressif : dès lors que la communication verbale s'avère difficile ou impossible, il y a lieu de mettre en place d'autres conditions de soin. Selon la prescription, il peut être mis en place des soins sous contrainte quand la sécurité des personnes est mise en jeu. L'infirmier peut procéder à ceux-ci en l'absence de prescription, en vertu de l'article IX; cette démarche faisant l'objet d'un rapport circonstancié. Dans un second temps, le médecin du service ou de garde doit voir le patient, évaluer son état et régulariser la situation.
- Évaluer le niveau d'anxiété : importance de l'envahissement et capacité de mise à distance des situations anxiogènes.
- Constituer une biographie avec M. A. afin de rechercher l'existence d'expériences traumatiques ou de deuils qui auraient pu déclencher des stress importants (repérer les réactions mises en place à ce moment-là).
- Évaluer les répercussions sur le quotidien : actes, prises de décisions, sentiments, relations sociales, relations professionnelles,

loisirs et analyser les réponses données : passivité, dépression, réactions violentes...

- Évaluation du concept de soi au travers de l'image qu'il a de lui-même, des buts qu'il se fixe dans la vie. Procéder à une revalorisation de l'image.
- Lui demander de faire les démarches à caractère social liées à l'hospitalisation.
- Lui faire prendre contact avec ses amis, sa famille.
- L'inciter à reprendre contact avec son milieu professionnel.
- Lui faire prendre conscience qu'en ce moment il est vulnérable mais qu'il peut réagir face aux situations.
- Essayer de donner moins d'importance aux manifestations de stress.
- Le rassurer quant à la prise en charge des victimes de Toulouse.

Évaluation

Elle portera sur l'appréciation de la situation, les conduites d'adaptation développées et la reprise des relations sociales spontanées.

• Perturbation de la dynamique familiale

Objectif

Que M. A. retrouve rapidement son rôle dans sa famille.

Actions

- Maintenir des liens réguliers avec la famille.
- Demander à M^{me} A. de responsabiliser son mari, qu'elle lui montre qu'il manque au domicile. (Elle ne peut pas réaliser certains actes sans lui.)

Évaluation

La motivation à sortir, les prises de décision sont des facteurs d'amélioration; au contraire le maternage ou la protection de l'épouse risque de pérenniser la situation de crise.

affectif, d'une réduction des activités, d'une altération de la mémoire et du sommeil.

Elle se distingue également d'un autre type de réaction aiguë à un facteur de stress : la réaction psychotique aiguë qui implique des manifestations confusionnelles ou délirantes aiguës avec absence de conscience de l'état pathologique.

Principes du traitement

► L'INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE doit être la plus rapide possible afin d'optimiser le pronostic. La prévention de toute pathologie post-traumatique réside dans l'écoute bienveillante, le soutien, l'évocation de l'événement traumatique et l'information concernant d'éventuelles complications précoces. Elle doit permettre par la verbalisation confiante le développement des défenses et la neutralisation du traumatisme.

• L'état réactionnel une fois installé nécessite la mise en place d'une chimiothérapie et d'une prise en charge psychothérapique.

Les médicaments les plus fréquemment proposés sont les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ou tricycliques, la carbamazépine et le valproate, ainsi que les benzodiazépines pour leur action anxiolytique.

• L'abord comportemental permet lors des séances d'exposition de mettre le patient en présence du stimulus effrayant de manière le plus souvent progressive et répétée, tout en restant en sécurité dans la relation thérapeutique, afin d'induire le déconditionnement. Ces techniques sont poursuivies jusqu'à la réduction ou la suppression des manifestations d'angoisse.

• L'abord cognitif consiste à aider le patient à prendre conscience de son système de pensées irrationnelles, puis à modifier ses interprétations au travers de nouveaux comportements (en fait, il

s'agit de permettre au patient de prendre conscience que ses sentiments et leurs conséquences comportementales sont plus en relation avec ses pensées qu'avec la réalité). Il s'agit là d'une modification du traitement de l'information.

● **L'hypnose et les thérapies analytiques** plus difficiles à mettre en œuvre peuvent être cependant utiles, en cas de trouble de la personnalité pré morbide notamment.

L'hypochondrie

Le symptôme hypocondriaque définit la crainte ou la croyance d'être atteint d'une maladie sérieuse, fondée sur l'interprétation erronée de certains signes ou sensations physiques que le patient juge anormaux, quelles que soient les mesures prises pour le rassurer. Ces préoccupations entraînent une souffrance significative et une altération du fonctionnement professionnel, social ou familial. Cette crainte durable et excessive d'une maladie grave reste inaccessible à la réassurance et conduit le patient à multiplier les consultations médicales, les examens complémentaires tout en l'amenant à développer une relation de défi et de rivalité avec le médecin. Selon la gravité du trouble, l'évolution peut se faire vers l'invalidité sociale et profession-

nelle, l'isolement relationnel, la survenue d'épisodes dépressifs secondaires.

Dans la majorité des cas, le symptôme hypocondriaque se rencontre dans une autre pathologie psychiatrique : dépression chronique dite à expression hypocondriaque, mélancolie délirante, schizophrénie ou états névrotiques structurés (hystérique, ou surtout phobique et obsessionnel). Toutefois ce symptôme peut réaliser et résumer à lui tout seul l'ensemble du tableau clinique; il s'agit alors de l'**hypocondrie** proprement dite, qui peut revêtir deux formes : « névrotique » ou « délirante ».

La névrose hypocondriaque

Elle débute généralement à l'adolescence et peut toucher indifféremment les deux sexes. L'inquiétude du patient s'alimente de perturbations de ses propres perceptions corporelles, de sensations physiques gênantes ou douloureuses, le plus souvent abdominales, cardiaques ou neurologiques. Il est fréquemment retrouvé dans les antécédents du sujet des lésions actuellement guéries. Ailleurs, il va « créer » son propre trouble en s'inspirant de modèles (maladie d'un proche), d'articles issus de la presse de santé ou d'ouvrages médicaux. Le diagnostic différentiel principal, qui devra être éliminé, reste celui d'une maladie organique authentique à début insidieux.

L'hypocondrie délirante

Elle se distingue par le caractère inébranlable de la conviction d'être atteint d'une maladie. Le délire paranoïaque à thématique hypocondriaque peut s'accompagner d'une dimension persécutrice et revendicatrice qui génère parfois des passages à l'acte procéduriers, voire hétéroagressifs sur le médecin.



Troubles de l'humeur

4

L'humeur est l'instance de l'appareil psychique qui gère la vie émotionnelle et ses manifestations.

À la différence de l'émotion « réaction affective intense » et des affects à la fois intenses et fugaces, l'humeur est un état habituellement stable, durable, qui « colore de façon prononcée la perception du monde » (Bleuler).

Oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur, l'humeur peut être altérée selon deux dimensions pathologiques opposées :

- l'état d'exaltation maniaque ;
- l'état de dépression.

Ces phases pathologiques peuvent alterner entre elles ou se succéder, définissant ainsi la psychose maniaco-dépressive.

Psychose maniaco-dépressive ou trouble bipolaire

Décrite par Kraepelin en 1899, elle est mieux connue actuellement sous les termes de maladie maniaco-dépressive qui s'exprime selon 2 modes :

- la forme bipolaire marquée soit par l'alternance d'épisodes tantôt maniaques, tantôt dépressifs, soit par la survenue itérative d'accès maniaques ;
- la forme monopolaire constituée de manifestations uniquement dépressives.

Origines de la maladie maniaco-dépressive

► ELLES SONT LIÉES À 3 ORDRES DE FACTEURS susceptibles de s'intriquer et d'interagir :

- **Les facteurs génétiques** : l'utilisation des marqueurs de l'ADN témoigne d'une prédisposition ou vulnérabilité particulière d'origine génétique dans les formes bipolaires de la maladie.
- **Les facteurs neurobiologiques** font intervenir des interactions complexes, encore mal élucidées au niveau des systèmes monoaminergiques cérébraux.

► SONT ÉGALEMENT MIS EN CAUSE :

- Une **prédisposition par un déficit thyroïdien central** dans la survenue des cycles rapides.

- **La relation entre les troubles affectifs saisonniers** (dépression à survenue automnale ou hivernale) et les variations chronobiologiques,

- **Les facteurs psychologiques ou interactions** entre les événements de vie et la personnalité des patients bipolaires sont à l'étude.

Évolution de la maladie maniaco-dépressive

Elle se fait spontanément sur un mode cyclique avec alternance de phases aiguës et de rémissions plus ou moins complètes (surtout en ce qui concerne la symptomatologie dépressive) et plus ou moins durables.

- **Les rémissions brèves** caractérisent les PMD à cycles rapides.

- **La notion d'inversion de l'humeur**, souvent corrélée au traitement se traduit par le passage sans rémission de l'exaltation à la dépression ou inversement. La phase de transition peut être brutale ou faire coexister temporairement des éléments maniaques et des composantes dépressives : il s'agit de « l'état mixte » dont l'apparition peut également être spontanée.

Prise en charge thérapeutique de la maladie maniacodépressive

Au-delà du traitement de l'état aigu, elle vise à prévenir les rechutes en atténuant les oscillations cycliques de l'humeur.

Elle fait appel au traitement médicamenteux par les « thymorégulateurs » ou régulateurs de l'humeur qui implique une prise régulière et ininterrompue

donc une éducation du malade et un suivi régulier afin de contrôler la survenue d'effets indésirables.

Les médicaments thymorégulateurs

Ils se présentent sous deux formes.

- les sels de lithium ;
- les anticonvulsivants.

Voir Fiches pharmacologiques.

PHARMACOLOGIE

SELS DE LITHIUM

DCI	Médicaments	Forme – Posologie quotidienne
CARBONATE DE LITHIUM	Téralithe	comp. à 250 mg 500 à 1 250 mg/j.
CARBONATE DE LITHIUM	Téralithe 400 LP (forme retard)	comp. LP à 400 mg 600 à 1 200 mg/j.
GLUCONATE DE LITHIUM	Neuralithium	amp. buvable à 10 mL 10 à 30 mL/j. amp. à 5 mL

CONTRE-INDICATIONS

Ces médicaments sont à éviter en cas d'insuffisances rénale et cardiaque, de déshydratations et à proscrire lors des régimes sans sel et de l'allaitement.

Les indications au cours des 3 premiers mois de la grossesse doivent être soigneusement évaluées en raison du risque de malformations.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Avant mise sous traitement un bilan est nécessaire : pesée, prise du pouls, de la tension, ECG, NFS, ionogramme sanguin, clairance de la créatinine, dosage de la TSH, test de grossesse.

SURVEILLANCE.

Elle se fait par :

– L'étude du taux plasmatique (lithémie). La lithémie efficace correspond à des chiffres de 0,70 à 1 mEq ou mmol/l (la prise de sang se fait le matin avant la prise de médicament).

Une lithémie supérieure à 1,2 mmol/l marque l'entrée dans la zone de toxicité.

– La recherche clinique de signes de toxicité tels que confusion mentale, tremblements, diarrhée, ralentissement du pouls.

EFFETS INDÉSIRABLES

On observe essentiellement un tremblement fin, une modification de l'écriture qui devient petite et tremblée (micrographie), des troubles thyroïdiens avec goitre, un diabète insipide avec polyurie, polydypsie.

INDICATIONS

Ils sont proposés en première intention dans les états d'excitation maniaque et constituent le traitement de fond des PMD bipolaires.

PHARMACOLOGIE

ANTICONVULSIVANTS		
DCI	Médicaments	Forme – Posologie quotidienne
CARBAMAZÉPINE	<i>Tégréto</i>	comp. à 200 mg 400 à 1 200 mg/j. Suspension buvable 100 mg par cuillère mesure
	<i>Tégréto LP</i>	comp. à 200 mg 400 à 1 200 mg/j. comp. à 400 mg
VALPROMIDE	<i>Dépamide</i>	comp. à 300 mg 600 à 1 200 mg/j.
DIVALPROATE DE SODIUM	<i>Dépakote</i>	comp. à 250 mg 750 mg à 2 g/j. comp. à 500 mg
<p>CONTRE-INDICATIONS</p> <p><i>Tégréto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Allergies. – Notion de bloc auriculo-ventriculaire. – Risque de syndrome hémorragique chez le nouveau-né en cas de grossesse. <p><i>Dépamide</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Traitement par <i>Tégréto</i>. <p><i>Dépakote</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Troubles hépatiques. – Grossesse. <p>PRÉCAUTIONS D'EMPLOI</p> <p><i>Tégréto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Surveillance des taux plasmatiques : le taux thérapeutique se situe entre 4 à 10 µ/mL. – NFS, bilan hépatique. <p><i>Dépamide</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Surveillance du taux plasmatique : le taux thérapeutique se situe entre 50 et 100 mg/mL. <p><i>Dépakote</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Bilan hépatique, NFS avant et durant le traitement, taux de prothrombine. <p>EFFETS SECONDAIRES</p> <p><i>Tégréto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Fatigue, somnolence, vertiges, céphalées, troubles digestifs, sécheresse buccale. – Effet cutané (réaction allergique). – Effet hématologique (leucopénie). – Effet hépatique (augmentation des gamma-GT). <p><i>Dépamide</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Somnolence, coma. <p><i>Dépakote</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Risque de somnolence dangereuse chez les conducteurs d'engins motorisés. – Risques rares de pancréatite, troubles digestifs transitoires. <p>INDICATIONS</p> <p>Les anticonvulsivants seraient plus efficaces que les sels de Lithium chez les patients à cycles rapides.</p>		

L'accès maniaque

Définition

L'accès maniaque est un état d'exaltation de l'humeur avec excitation psychique et psychomotrice qui a été décrit par Esquirol.

Installation de l'accès maniaque

Elle peut se faire de 2 façons :

- Soit il succède à une phase dépressive, parfois sous l'effet du traitement, constituant une inversion de l'humeur qui passe de la tristesse à l'euphorie.
- Soit il apparaît d'emblée, tantôt sur un mode brutal, tantôt de façon progressive.

Quand les accès maniaques se répètent sur le mode récurrent qui définit la psychose maniaco-dépressive, ils sont souvent annoncés ou inaugurés par un « signal symptôme » qui attire l'attention de l'entourage tel qu'une insomnie croissante, des dépenses inconsidérées, une excentricité vestimentaire, une tendance colérique, des abus alimentaires ou alcooliques.

Les formes marginales graves peuvent être marquées par un début médico-légal = rixe, conduite automobile dangereuse.

Tableau clinique de l'accès maniaque

Il s'avère souvent typique d'emblée devant la présentation du patient. Fréquemment vêtu de façon excentrique ou débraillée, il a abandonné toute inhibition : sa familiarité, sa présence envahissante, l'hyperexpressivité de son visage dont les mimiques passent rapidement de la joie à la peur, l'indignation, voire l'irritabilité colérique témoignent du désordre de ses pensées.

Son langage est prolixe, rapide, logorrhéique, entrecoupé de cris, de chants, de vociférations. Les propos sont familiers, voir licencieux ou injurieux.

Dès lors, peuvent être mises en évidence les trois manifestations essentielles de la manie :

- le trouble de l'humeur ou exaltation thymique ;
- l'excitation motrice ;

- l'excitation psychique.

● L'humeur du maniaque est expansive, exaltée, faite de débordements dans tous les domaines. Euphorique, il s'exprime dans la jovialité, l'exubérance, les débordements affectifs, le déni des contraintes. Mais la verve fait vite place à la causticité, l'ironie blessante, aux insultes, à la colère, aux hurlements, au déchaînement agressif : il est versatile.

L'humeur euphorique impulse une soif d'agir et d'entreprendre des projets grandioses sans aucune considération pour les obstacles éventuels, un débordement instinctuel sans aucun respect des contraintes morales ou sociales.

● L'excitation motrice se traduit par un état d'agitation. Le maniaque vit sur un mode accéléré : sans cesse en mouvement, il déplace ou bouscule les objets, voire les personnes.

Cette activité dispersée a un caractère ludique : il fait le pitre, crie, chante, danse, s'exhibe dans une représentation permanente.

Dans les cas extrêmes, le jeu devient dangereux, passe à la fureur au travers d'impulsions clastiques brutales, voire agressives, incontrôlables.

● L'excitation psychique constitue la tachypsychie. Le rythme de la pensée est accéléré, les idées se succèdent sur un mode paralogique tourbillonnant fait de jeux de mots, de calembours, d'assonances, de coq-à-l'âne qui témoignent de la fuite des idées. L'attention, la concentration sont perturbées, sans cesse distraites par l'hypervigilance, l'afflux d'informations, de souvenirs.

Cette exaltation psychique induit des sentiments de grandeur, de toute-puissance, parfois même une distorsion de la réalité accompagnée d'interprétations, de fabulations pseudo-déliantes.

L'accès maniaque s'accompagne de manifestations somatiques :

- au premier rang l'insomnie, souvent totale, rebelle, avec perte de la sensation de fatigue ;
- une exaltation de l'appétit avec une boulimie ou une anorexie et un état saburral des voies digestives ;
- une exaltation de la libido ;
- parfois une hypertension artérielle, une tachycardie ;
- une oligurie liée à l'agitation avec déshydratation, acidose, hyperazotémie.

Tableau 4.1. Relations entre le concept médical du DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et les diagnostics infirmiers afférents à l'état maniaque.

Critères diagnostiques du DSM-IV	Diagnostics infirmiers
Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.	Risque de violence envers les autres et soi-même.
Réduction du besoin de sommeil.	Perturbation des habitudes de sommeil.
Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment.	Perturbation de la dynamique familiale. Perturbation des interactions sociales.
Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.	Altération de la perception sensorielle. Non-observance thérapeutique.
Distractibilité.	Altération de la perception sensorielle. Non-observance thérapeutique. Déficit nutritionnel.
Augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice.	Risque de violence envers les autres et soi-même.
Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (dépenses inconsidérées, conduites sexuelles débridées, etc.).	Perturbation de la dynamique familiale. Perturbation des interactions sociales.
La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation pour prévenir les conséquences dommageables.	Perturbation de la dynamique familiale. Perturbation des interactions sociales.

Formes cliniques de l'état maniaque

Elles sont fonction :

- **De l'intensité de la symptomatologie** qui permet de distinguer 4 stades :
 - stade 1, hypomaniaque avec accélération du débit verbal, de l'activité intellectuelle et motrice;
 - stade 2, maniaque avec logorrhée, instabilité motrice, comportement ludique;
 - stade 3, manie colérique avec agitation, colère, insomnie totale, délire;
 - stade 4, fureur maniaque avec délire aigu et mise en cause du pronostic vital.
- **De la spécificité de la symptomatologie** avec :
 - les manies délirantes dans lesquelles le délire est habituellement congruent à l'humeur, à savoir un délire mégalomaniaque sous-tendu par l'euphorie, ou un délire de persécution corrélé à l'irritabilité;
 - les états mixtes, mélange de symptômes maniaques et dépressifs.

Diagnostic de l'état maniaque

Il ne se pose que lors du premier accès.

En règle, l'association des symptômes telle qu'elle est mentionnée dans le DSM-IV permet d'établir le diagnostic qui peut être conforté par la notion d'antécédents familiaux de psychose maniaco-dépressive.

Ce n'est que devant les formes atténuées ou atypiques que devront être éliminés les diagnostics différentiels suivants :

- intoxication médicamenteuse (toxicomaniaque ou oxycarbonée);
- affection cérébrale organique souvent suspectée devant des signes neurologiques associés;
- schizophrénie : les éléments délirants ne sont pas congruents à l'humeur;
- crise d'agitation névrotique.

Traitement de l'accès maniaque

Il comporte trois aspects :

- la gestion des troubles du comportement;
- le traitement thymorégulateur;
- le traitement de l'agitation.

► **LA GESTION DES TROUBLES DU COMPORTEMENT** passe fréquemment par l'hospitalisation.

ACCÈS MANIAQUE

Circonstances de l'hospitalisation

M^{me} M., âgée de 39 ans, est adressée dans le service en hospitalisation à la demande d'un tiers. Le 1^{er} certificat mentionne les troubles suivants :

« Amenée aux urgences par la police suite à une interpellation alors qu'elle se promenait nue sur la voie publique. Est noté un état d'excitation avec véhémence, familiarité, logorrhée, fuite des idées. Explique sa nudité par le fait qu'elle aime tout le monde, qu'elle veut faire l'amour avec tout le monde. Se sent investie d'une mission consistant à rétablir la paix universelle. Pour ce faire elle a distribué ses habits, sa vaisselle dans la rue, puis s'est mise à insulter les passants. Notion de suivi psychiatrique antérieur. L'agitation, les raptus menaçants, le déni des troubles et le refus de soins impliquent son hospitalisation dans un établissement régi par l'article 3212-1 du Code de la santé publique. »

La demande d'HDT a été signée par une voisine qui avait appelé la police.

Accueil de la patiente

À son arrivée dans le service, M^{me} M. se présente comme une femme de taille moyenne, corpulente au teint rouge.

Elle est vêtue d'une chemise et d'une robe de chambre, qu'elle a laissées ouvertes si bien qu'elle est à moitié dénudée. D'emblée elle interpelle l'infirmier qui l'accueille en le nommant « mon mignon » puis se met à chanter une chanson grivoise en lui lançant des œillades. Son haleine est anisée.

L'équipe a beaucoup de mal à la canaliser et à l'entraîner vers le bureau infirmier. Là, elle réclame à boire « de la bibine et pas d'eau du robinet, qui va lui faire monter la moutarde au nez ». Elle refuse de donner son identité. L'équipe fait appel au médecin de garde en urgence et 3 infirmières se mobilisent pour l'empêcher de déambuler nue dans le service.

L'inventaire impossible à pratiquer n'est pas nécessaire car elle n'a ni papiers, ni objets personnels.

L'équipe note l'agitation extrême, l'exhibitionnisme, la logorrhée intarissable, la propension alcoolique et l'humeur euphorique.

La symptomatologie initiale

Trois symptômes cliniques attirent d'emblée l'attention.

La désinhibition

Familière, elle exhibe sa nudité à la vue de tous, refuse de garder ses habits. Elle tutoie tout le monde, emploie des sobriquets pour s'adresser aux infirmières. « Toi, la tête de chèvre », au médecin « Voilà madame la professeur ».

Très vite son humeur change, « Vous n'allez pas me garder ici, bande de salauds, j'ai du travail moi » et elle se précipite sur le médecin, la main levée. Il faudra la maintenir pour l'empêcher de se livrer à des actes de violence. Il s'agit d'un état d'exaltation.

L'agitation psychomotrice

Elle n'arrête pas de marcher, de gesticuler, de vociférer, tentant même de grimper sur le bureau pour montrer comment on danse le french cancan.

Elle parle sans arrêt, passant de la plaisanterie caustique « Je vous connais, vous les shooteurs, avec vos seringues d'enfer », aux jeux de mots douteux « Je ne vais pas au lit, je vais à l'hallali », à la familiarité « Tu n'as pas une clope », puis aux menaces « Je vais faire voler vos oreilles en éclats ».



Ses idées s'enchaînent dans une fuite incessante passant de la situation actuelle à son désir de sauver le monde. Elle est confortée dans son idée par des signes témoignant de ses pouvoirs « Chaque fois qu'elle voulait traverser une rue, les automobiles s'arrêtaient, ou le feu passait au vert ». Elle est la reine du monde. Elle se sent toute puissante.

L'humeur

Elle oscille entre l'euphorie familière, la jovialité, et la colère, mais témoigne à tout moment d'une autosatisfaction et d'une hostilité envers ceux qui tentent de contrarier sa toute-puissance. L'examen somatique pratiqué à grand-peine ne décèle aucune anomalie. Elle pèse 72 kg pour 1,65 m. Ses constantes sont normales.

Le dossier antérieur a été sorti: il apporte un certain nombre d'informations.

Histoire de la maladie

Cette hospitalisation est la 4^e.

Le premier épisode remonte à l'âge de 35 ans. M^{me} M. a alors été hospitalisé d'office après avoir menacé son voisin d'un couteau, car il lui reprochait un tapage nocturne incessant.

Deux autres hospitalisations à la demande d'un tiers ont eu lieu lorsqu'elle avait 37 et 38 ans, toujours pour des accès maniaques à la suite d'une interruption de traitement.

Le suivi

Dès sa première hospitalisation M^{me} M. a été mise sous Téralithe, associé à un traitement neuroleptique. M^{me} M. se rend à quelques consultations du CMP, mais très vite interrompt son traitement.

ÉTUDE DE CAS

ACCÈS MANIAQUE (suite)

Biographie de M^{me} M.

Née à Panama, elle vit en France depuis 5 ans. Ses parents professeurs, vivent au Panama. Elle avait un frère aîné de 3 ans qui s'est suicidé à l'âge de 37 ans pour raisons sentimentales.

Après une scolarité normale, elle a travaillé à Panama comme secrétaire, puis a rencontré un français qu'elle a épousé et suivi à Paris. Ils ont divorcé à la suite de la 2^e hospitalisation de M^{me} M. Elle travaille en intérim comme employée d'accueil dans une société panaméenne.

Sa situation financière

Lors du premier épisode pathologique M^{me} M. a contracté de nombreuses dettes liées à l'achat d'un salon à crédit, d'une garde-robe onéreuse, et de dépenses dans des bars et restaurants (en effet ses décompensations sont marquées par une boulimie et une consommation abusive d'alcool).

Elle a alors été mise sous sauvegarde de justice puis sous tutelle. Ses biens sont gérés par un cabinet de gestion privé.

Diagnostic et traitement**Le diagnostic**

Il est posé par le médecin de garde : état maniaque avec troubles importants du comportement et risque de passage à l'acte hétéroagressif.

Le diagnostic DSM-IV est celui de trouble bipolaire avec épisodes maniaques récurrents.

Le traitement

Il comporte :

- La mise en chambre d'isolement fermée pour éviter que M^{me} M. :
 - n'agresse quelqu'un;
 - se mette en danger en provoquant ou en insultant les autres patients;
 - ne perturbe de façon grave l'atmosphère de l'unité d'hospitalisation;
 - la surveillance constante prévue dans ce cas est précisée.
- La reprise du traitement par le *Téralithe* LP 400 à raison de 2 comprimés le matin.
- La prescription de :
 - *Nozinan* solution à 4 % = 250 gouttes soit 100 le matin et 150 le soir;
 - *Théraléne* solution = 50 gouttes si insomnie;
 - avec surveillance de la TA, du pouls, recherche de contractures (2 fois par jour).

En cas de refus du traitement par voie orale = *Loxapac* 50, 2 ampoules à renouveler dans les 2 heures qui suivent si besoin.

Plan de soins : M^{me} M. à l'arrivée

Diagnostiques infirmiers

• **Risque de violence envers soi ou envers les autres se manifestant par :**

- des propos menaçants, des insultes;
- un acte de violence à l'encontre du médecin;
- la notion d'abus d'alcool;
- des pensées décousues et sans suite;
- des comportements dangereux (traversée de la rue au passage des voitures);

– une attitude passant de la détente à la crispation et à la tension.

Les facteurs favorisants sont :

- l'exaltation;
- l'excitation de type maniaque;
- la perte des inhibitions habituelles (manque de pudeur, cris);
- le sentiment de toute-puissance et d'invulnérabilité;
- la non-observance du programme thérapeutique (rechute);
- les abus alcooliques.

Objectifs

- Que M^{me} M. reconnaisse le problème de violence.
- Qu'elle reconnaisse les raisons d'apparition de ce problème.
- Qu'elle identifie les facteurs déclenchants.
- Qu'elle participe aux soins en répondant à ses besoins.
- Qu'elle manifeste sa maîtrise de soi par un comportement calme et adapté.

Interventions infirmières

En raison de l'importance de l'agitation et la violence, de leur caractère permanent, le traitement de l'état maniaque est la première priorité.

- *Iso*ler la patiente des stimulations et provocations extérieures. L'isolement concerté et formalisé permet de la canaliser. Il implique une surveillance constante, en particulier, un infirmier(e) doit éviter d'entrer seul(e) dans la chambre.
- *Admin*istrer le traitement médicamenteux, éventuellement par voie injectable.
- *Surve*iller la prise du traitement est essentiel dans ce contexte, car l'état d'agitation maniaque cède souvent difficilement malgré des doses élevées de sédatifs.
- *Noter* de façon précise les réactions au traitement (sédation, inefficacité, effets indésirables éventuels) afin de permettre son réajustement.
- *Surve*iller M^{me} M., afin de l'empêcher de se livrer à des actes de violence.
- *Prévoir* un nombre suffisant d'infirmiers afin d'éviter une agression : il est nécessaire devant un risque élevé de violence de faire appel au renfort.

L'ensemble des interventions doit être situé dans un contexte relationnel et thérapeutique :

- *Expliquer* calmement mais fermement à la patiente les interdictions (insultes, dénudation, actes violents).
- *Mettre* une limite aux débordements.
- *Éviter* toute attitude d'opposition ou de connivence en se référant à une démarche institutionnelle.

La deuxième priorité consiste à aider la patiente à assumer son comportement impulsif et sa tendance à la violence :

- *Manifest*er à la patiente un intérêt réel pour son bien être et sa santé.
- *Recher*cher avec elle des moyens pour canaliser son agitation.

La 3^e priorité vise à aider la patiente à maîtriser ses comportements :

- *Laisser* le plus possible à la patiente son libre arbitre mais tout en canalisant ses débordements et en lui expliquant la démarche thérapeutique.
- *Éviter* une trop grande proximité tant physique qu'empathique.

ACCÈS MANIAQUE (suite)

• Perturbation des interactions sociales se manifestant par une attitude vis-à-vis de sa famille qui passe par des alternances brusques, soudaines et imprévisibles de familiarité, de plaisanterie, de jeu, de colère avec violences.

• Stratégie d'adaptation individuelle inefficace se manifestant par la perturbation du contrôle des dépenses, des consommations alimentaires et alcooliques.

• Non-observance thérapeutique se manifestant par une interruption du traitement, ce qui a entraîné sa rechute actuelle.

Les causes favorisantes en sont :

- la rémission des symptômes qui amène M^{me} M. à se considérer comme guérie;
- l'existence d'effets indésirables (tremblements);
- la perte du sentiment d'euphorie qui se manifeste au cours des phases dépressives.

Objectif de soins

Que la patiente prenne son traitement de façon régulière.

Interventions infirmières

- Surveiller la prise du traitement (faire parler la patiente, lui demander de boire, éviter qu'elle se précipite dans sa chambre pour recracher le médicament).
- Faire les dosages de lithémie.
- Lui expliquer les conséquences de sa rechute, à savoir l'hospitalisation sous contrainte, la perturbation de ses relations à l'entourage, la mauvaise image qu'elle a donné d'elle-même.
- Insister sur le bénéfice du suivi tant médicamenteux que psychologique.
- L'amener à s'exprimer sur les éventuels effets indésirables, ce qui permettra une adaptation du traitement par le médecin.

Évolution sous traitement

La persistance de l'agitation au cours des premiers jours avec inondation de la chambre d'isolement entraîne une augmenta-

tion du traitement neuroleptique. La posologie de Nozinan passe progressivement à 300, 400 puis 500 gouttes.

• D'emblée la lithémie est équilibrée à 0,80 mmol/mL. Peu à peu M^{me} M. se calme. Elle interrompt ses cris, ses chansons, reste vêtue des habits qui lui ont été fournis, se promène dans le pavillon sans insulter les autres patients, accepte le cadre proposé par l'équipe infirmière.

• Le retour du sommeil marque le début d'une évolution favorable. Cependant la visite d'une amie qui lui raconte le scandale qu'elle a occasionné en se dénudant publiquement la perturbe profondément. Elle confie son désarroi aux infirmières, qui utilisent ce désarroi pour l'inciter à un suivi régulier afin d'éviter une nouvelle rechute.

• Le médecin propose une visite à son domicile en compagnie de deux infirmières. Celles-ci l'aident à mettre de l'ordre dans son studio. Au sortir de celui-ci, le groupe rencontre une voisine qui après un mouvement de recul, répond au bonjour de M^{me} M. Celle-ci présente les infirmières comme des amies (elles respectent cette décision dans le cadre du secret professionnel) et s'excuse des troubles qu'elle a occasionnés dans l'immeuble en invoquant une dépression. La voisine compatit avec une certaine distance, mais les liens sont renoués.

• Parallèlement, dès le lendemain de son hospitalisation, l'assistante sociale a adressé à la Sécurité sociale et à son employeur le certificat d'arrêt de travail rempli par le médecin référent.

• Au terme d'une hospitalisation d'un mois, la sortie est décidée car M^{me} M. a retrouvé un comportement normal. Elle accepte un suivi par le CMP, son traitement comporte du *Téralithe*, dont la prise est authentifiée par les lithémies, et du *Nozinan*.

• L'équipe infirmière hospitalière se met en contact avec l'équipe du CMP et présente l'évolution de M^{me} M. afin que la continuité des soins soit assurée.

• Le médecin référent hospitalier la recevra par le CMP.

Celle-ci se fait sous contrainte, selon la loi du 30 juin 1990, dès lors que le malade s'avère dangereux tant pour lui-même que pour les autres et qu'il ne consent pas à l'hospitalisation.

Elle dure tant que persistent la dangerosité et le refus de soins.

► LE TRAITEMENT THYMORÉGULATEUR est le traitement de fond de la psychose maniaco-dépressive et de l'état maniaque

Les thymorégulateurs sont employés en première intention au cours de l'état maniaque. Les sels de Lithium et le Valproate de Sodium (*Depakote*)

sont les plus efficaces au cours des manies d'intensité moyenne, non délirantes.

► LE TRAITEMENT DE L'AGITATION : le délai d'action des thymorégulateurs de 1 à 2 semaines ne permet pas de résoudre rapidement les états d'agitation importants qui mettent le malade en danger.

Est alors utilisée l'association :

- soit aux benzodiazépines;
- soit aux neuroleptiques (*Nozinan*, *Tercian*).

Dans tous les cas, cette association sera l'objet d'une surveillance particulière et restera limitée au délai d'action des thymorégulateurs.

Les états dépressifs

Ils touchent 6 % de la population générale et prédominent chez la femme.

Définition des états dépressifs

Le terme de dépression recouvre diverses manifestations pathologiques qui ont en commun une souffrance morale, une inhibition psychomotrice et un dérèglement des fonctions instinctuelles.

Causes de la dépression

Elles sont multiples.

Elles englobent l'ensemble des facteurs extérieurs ou endogènes qui contribuent à altérer l'humeur dans le sens de la morosité, de la tristesse, voire de la douleur morale.

Tableaux cliniques des états dépressifs

Ils varient en fonction du contexte et de la gravité des symptômes.

Ils englobent un ensemble de manifestations au sein desquelles prédominent l'humeur triste et le ralentissement tant intellectuel que physique.

● **La tristesse tangible** devant la mimique crispée, les traits tombants, les crises de larmes inexplicables, voire les gémissements, parfois plus sobrement exprimée par la prostration, l'aspect figé et inexpressif du visage traduit une douleur morale intolérable.

● **Envahi par une angoisse incoercible**, le déprimé se sent incapable, indigne même de vivre. Perdant tout contact avec l'entourage, il s'enferme dans une rumination morbide, peuplée de reproches, d'auto-accusations concernant les actes réels ou imaginaires de son passé.

Tableau 4.2. Causes des dépressions.

Facteurs extérieurs	Le deuil. Les traumatismes psychologiques. Les ruptures et abandons. Le surmenage qui entraîne la dépression d'épuisement (<i>break-down</i>). Les soucis financiers. L'échec professionnel.
Atteintes somatiques	Toute atteinte somatique peut, de par sa gravité, sa chronicité ou les souffrances qu'elle entraîne, être génératrice de dépression.
L'accouchement	Dépression du post-partum.
L'âge	La dépression du sujet âgé peut souvent être reliée à l'ensemble des déficits somatiques et psychiques qui contribuent à réduire l'autonomie.
Les affections psychiatriques	La schizophrénie génère des états dépressifs et des pulsions suicidaires soit par son incidence propre sur l'humeur, soit lors de la prise de conscience de ses effets aliénants. Les états névrotiques s'associent aux états dépressifs dans le cadre de comorbidités anxio-dépressives, phobo-dépressives ou les suscitent. Les états limites, les psychopathies peuvent se manifester par des raptus dépressifs souvent suicidaires.
Les atteintes iatrogènes	Elles définissent les dépressions induites par un traitement médicamenteux.
Les formes dites endogènes	Elles surviennent sans relation causale évidente avec un événement extérieur. Elles définissent : – les formes monopolaires de la psychose maniaco-dépressive ; – ou la psychose maniaco-dépressive par leur alternance avec des accès d'exaltation maniaque.
Certaines personnalités prémorbides	Pourraient constituer un terrain favorable à l'éclosion de la dépression.

Tableau 4.3. Relations entre le concept médical du DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des maladies mentales) et les diagnostics infirmiers afférents à la dépression.

Critères diagnostiques du DSM-IV	Diagnostics infirmiers
Humeur dépressive durable. Irritabilité.	Perturbation de la dynamique familiale.
Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités.	Perturbation des interactions sociales.
Diminution ou augmentation de l'appétit et perte ou augmentation de poids significative.	Déficit nutritionnel.
Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.	Perturbation des habitudes de sommeil.
Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.	Anxiété ou altération des opérations de la pensée.
Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.	
Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée.	Risque de violence envers soi.
Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer.	
Pensées de mort récurrentes. Idées suicidaires récurrentes.	Risque de violence envers soi et/ou envers les autres.
Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou autres.	isolement social ou perturbation des interactions sociales. Perturbation de la dynamique familiale.

- **L'anesthésie affective** : le patient se plaint de ne plus éprouver de sentiments, d'affection pour ses proches, cette anesthésie affective donne une tonalité sombre voire sinistre à sa vie. Il n'a pas d'espoir dans l'avenir, pas d'intérêt, il se considère comme incurable.

- **L'inhibition psychomotrice** altère globalement l'activité : tout acte est vécu comme un effort, entraîne une fatigue intolérable. À l'extrême, le déprimé reste assis ou alité, immobile, perdu dans ses pensées sombres.

- **L'activité intellectuelle est également atteinte** : l'idéation est ralentie, la compréhension laborieuse, la mémoire défaillante, la concentration médiocre. Il n'y a pas d'altération réelle des facultés intellectuelles mais un désintérêt global : le déprimé est totalement accaparé par ses préoccupations.

- **L'anxiété** toujours présente peut se limiter à la crainte angoissante d'un avenir redoutable. Parfois elle sous-tend un état d'agitation anxieuse par son caractère intolérable, faisant redouter un passage à l'acte suicidaire.

- **Le ralentissement physiologique de la dépression** se manifeste essentiellement au niveau du sommeil. Toujours présente, l'insomnie associe un retard à l'endormissement, des cauchemars

nocturnes souvent centrés sur la mort et un éveil précoce accompagné d'une angoisse mortifère. La durée du sommeil est globalement réduite, se limitant souvent à quelques heures. Rarement au contraire, le déprimé se réfugie dans le sommeil pour oublier les contraintes d'une existence vécue comme intolérable.

- **En découle une asthénie**, fatigue intense, présente dès le réveil et tout au long du jour, qui contribue à renforcer le ralentissement psychomoteur qui dans les cas extrêmes s'exprime par une véritable incapacité à agir : l'aboulie.

- **De même, l'appétit est perturbé** ; on observe habituellement une anorexie sous-tendue par l'angoisse et le désintérêt s'accompagnant d'une perte de poids, parfois des grignotages intempestifs, facteurs de prise de poids.

Le trouble de l'appétit s'accompagne de perturbations neurovégétatives : langue saburrale, sécheresse de la bouche, ralentissement des fonctions intestinales avec une constipation fréquente, parfois des spasmes digestifs avec diarrhée.

- **La perte de la libido** retentit sur la sexualité avec une impuissance chez l'homme, une frigidité chez la femme.

- **Les douleurs diffuses** sont la traduction somatique du vécu anxieux.

Nature de l'intention suicidaire	<i>Idee obsédante du suicide en tant que nécessité inéluctable. Plan élaboré, médité.</i>
Symptomatologie dépressive	<ul style="list-style-type: none"> - Attitude impatiente reflétant une angoisse majeure. - Idées prévalentes de ruine, de déshonneur, d'indignité, d'auto-accusation, d'incurabilité. - Idées délirantes de négation ou disparition des organes, de mort de l'entourage. - Inhibition majeure avec perte du contact avec autrui et refus alimentaire. - Insomnie précoce, rebelle, avec éveil au milieu de la nuit. - États mixtes avec inversions de l'humeur. - Signes de confusion mentale. - Impulsivité importante.
Antécédents	<ul style="list-style-type: none"> - Tentatives de suicide antérieures. - Suicides ou dépressions familiales. - Antécédents personnels ou familiaux d'états maniaques. - Antécédents d'actes impulsifs, auto- ou hétéroagressifs.
Traitement antidépresseur	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement insuffisant. - Phase de désinhibition initiale (1 à 10 jours).
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> - Dans les heures qui précèdent l'hospitalisation. - Dans les suites d'une hospitalisation souvent trop brève ou interrompue de façon intempestive.
Facteurs personnels	<ul style="list-style-type: none"> - Sexe masculin. - Âge avancé. - État pathologique aggravant : <ul style="list-style-type: none"> - atteinte organique chronique, invalidante surtout si elle est douloureuse; - alcoolisme; - toxicomanie; - état démentiel débutant.
Facteurs familiaux	<ul style="list-style-type: none"> - Veuvage. - Divorce. - Séparation. - Décès d'un proche.
Facteurs sociaux	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement affectif. - Chômage ou inactivité. - Perte d'emploi. - Changement de domicile.

Formes cliniques de la dépression

Parmi les plus courantes, citons :

► LES FORMES GRAVES

- **Accompagnées d'idées délirantes et d'hallucinations** à tonalité angoissante.
- **S'exprimant par une agitation psychomotrice anxieuse** avec risque suicidaire majeur.
- **Le syndrome de Cotard** avec négation du fonctionnement des organes entraînant un refus d'alimentation, puis la conviction d'être mort et damné.

► **LES FORMES MASQUÉES** : au cours desquelles la douleur morale est occultée par un tableau somatique associant asthénie, insomnie et douleurs variées.

► **LA DÉPRESSION DYSTHYMIQUE** : définit une évolution chronique de la maladie dépressive (supérieure à 2 ans) avec humeur triste et réactions émotionnelles exagérées, sans manifestation majeure, qui pourrait représenter un trouble de la personnalité.

Le traitement des états dépressifs

► **IL REPOSE SUR UNE ÉVALUATION :**

- **De la gravité de la dépression** et en particulier du risque suicidaire. Un certain nombre de paramètres permettent de ne pas sous-estimer ce risque majeur.

PHARMACOLOGIE

ANTIDÉPRESSEURS IMAO — IRRÉVERSIBLES

DCI	Médicaments	Forme — Posologie quotidienne
IPRONIAZIDE	Marsilid	comp. à 50 mg 50 à 100 mg/j.

ANTIDÉPRESSEURS IMAO — RÉVERSIBLES

DCI	Médicaments	Forme — Posologie quotidienne
MOCLOBÉMIDE	Maclamine	comp. à 150 mg, 300 à 450 mg/j.
TOLOXATONE	Humaryl	gél. à 200 mg 200 à 400 mg/j.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Surveillance du bilan hépatique, de la TA.
Suspendre le traitement 15 jours avant une anesthésie générale.

EFFETS INDÉSIRABLES

Ils sont essentiellement l'hypotension orthostatique, les crises hypertensives, les céphalées, les vertiges, les troubles digestifs, la constipation, la rétention d'urine, la sécheresse buccale, les sueurs.

PHARMACOLOGIE

ANTIDÉPRESSEURS INRS (INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE)

DCI	Médicaments	Forme — Posologie quotidienne
PAROXÉTINE	Derovat	comp. à 20 mg — 20 à 40 mg/j.
FLUOXÉTINE	Prozac	gél. à 20 mg — 20 à 40 mg/j. sol buv : mesurette 20 mg
CITALOPRAM	Seropram	comp. à 20 mg — 20 à 40 mg/j. sol buv : 40 mg/mL
SERTRALINE	Zoloft	gél. à 50 mg — 50 à 150 mg/j.
FLUVOXAMINE	Floxyfral	comp. à 50, 100 mg — 50 à 150 mg/j.

- Du risque suicidaire au cours des états dépressifs : facteurs de risque.
- Du contexte de la dépression dans ses composantes réactionnelles, névrotiques ou psychotiques.
- De l'état somatique du déprimé.
- De son entourage sociofamilial.

► LES FORMES GRAVES, à risque suicidaire élevé, relèvent d'une hospitalisation permettant une surveillance étroite dans un milieu sécurisé et l'instauration d'un traitement que le déprimé refuse souvent car il a perdu tout espoir de guérison. L'hospitalisation se fait en service libre ou en HDT (hospitalisation sur la demande d'un tiers) si le risque suicidaire paraît présent.

► LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ou chimiothérapeutique de la dépression fait appel aux antidépresseurs.

Il vise à :

- faire disparaître les symptômes dépressifs : traitement d'attaque ;
- consolider cette rémission en évitant les rechutes : traitement de consolidation ;
- guérir le patient et réduire les récurrences : traitement de maintenance propre aux formes récurrentes.

La durée des traitements d'attaque et de consolidation est de 6 mois.

Les médicaments antidépresseurs

● Ils comportent plusieurs familles. Leur efficacité est équivalente. Leur prescription dépend plus des habitudes du prescripteur et des contre-indications que des indications spécifiques. Ils n'agissent pas avant un laps de temps de 5 à 10 jours.

Les antidépresseurs IMAO

► LES ANTIDÉPRESSEURS IMAO SONT CONTRE-INDIQUÉS au cours des insuffisances hépatiques, des hypertensions artérielles, des antécédents d'accidents vasculaires cérébraux, de la grossesse et de l'allaitement. Il existe en outre un certain nombre de contre-indications liées aux interactions médicamenteuses.

Voir fiche pharmacologique.

Antidépresseurs noradrénergiques et sérotoninergiques spécifiques

Voir fiche pharmacologique.

Les antidépresseurs INRS (Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine)

Voir fiche pharmacologique.

Les antidépresseurs tricycliques

► LES ANTIDÉPRESSEURS TRICYCLIQUES SONT CONTRE-INDIQUÉS en cas de comitialité, de troubles du rythme cardiaque, d'infarctus du myocarde, de glaucome à angle fermé, d'adénome prostatique.

Voir fiche pharmacologique.

Les autres antidépresseurs

Voir fiche pharmacologique.

PHARMACOLOGIE		
ANTIDÉPRESSEURS TRICYCLIQUES		
DCI	Médicaments	Forme - Posologie quotidienne
CLOMIPRAMINE	<i>Anafranil</i>	comp. à 10-25-75 mg/amp 25 mg (IV-IM) — 75 à 200 mg/j.
	<i>Clomipramine Chlorhydrate MERCK</i>	comp. à 10-25 mg — 75 à 200 mg/j.
	<i>Clomipramine GNR</i>	comp. à 10-25 mg — 75 à 200 mg/j.
	<i>Clomipramine RPG</i>	gél. à 10-25-50 mg — 75 à 200 mg/j.
IMIPRAMINE	<i>Tofranil</i>	comp. à 10-25 mg — 75 à 150 mg/j. amp. à 25 mg (IM, IV)
AMITRIPTYLINE	<i>Laroxyl</i>	comp. à 25-50 mg — 75 à 150 mg/j. sol. buv : gouttes à 1 mg/amp. à 50 mg (IV, IM)
	<i>Élavil</i>	comp. à 10-25 mg — 75 à 150 mg
DÉSIPRAMINE	<i>Pertofran</i>	comp. à 25 mg — 75 à 150 mg/j.
DOSULÉPINE	<i>Prothiaden</i>	gél. à 25 mg — 75 à 150 mg/j. comp. à 75 mg
AMOXAPINE	<i>Défanyl</i>	comp. à 50-100 mg — 75 à 150 mg/j. sol. buv : 50 mg/mL
TRIMIPRAMINE	<i>Surmontil</i>	comp. 25-100 mg — 75 à 150 mg/j. sol. buv : gouttes à 1 mg/amp. à 25 mg
DOXÉPINE	<i>Quitaxon</i>	comp. à 10-50 mg — 75 à 150 mg/j. sol. buv : gouttes à 0,5 mg/amp. à 25 mg
ANTIDÉPRESSEURS APPARENTÉS AUX TRICYCLIQUES		
MAPROTYLINE	<i>Ludiamil</i>	comp. à 25-75 mg — 75 à 225 mg/j. sol. buv : gouttes/amp. à 25 mg
<p>PRÉCAUTIONS D'EMPLOI Recherche d'antécédents convulsifs (éventuellement EEG), ECG, examen oculaire. Ils agissent en premier sur l'inhibition qu'ils risquent de lever avant que l'amélioration de l'humeur n'écarte les pulsions suicidaires. La surveillance doit donc rester constante jusqu'à disparition de celles-ci. Chez les sujets âgés, dénutris, insuffisants rénaux ou hépatiques.</p> <p>EFFETS INDÉSIRABLES Ils restent marqués avec une hypotension orthostatique (d'où la nécessité de prendre la tension lorsque le patient est allongé et lorsqu'il vient de se mettre debout), constipation, sécheresse buccale, troubles de l'accommodation visuelle, tremblements, rétention d'urine et surtout une prise de poids qui induit la non-observance.</p>		

► LA STRATÉGIE THÉRAPEUTIQUE consiste lors de la constatation d'un état dépressif à prescrire une dose moyenne de l'un des antidépresseurs précités.

Elle ne sera augmentée qu'au bout de 10 jours, période pendant laquelle le traitement ne donne pas son plein effet.

Il est aléatoire de changer d'antidépresseur avant d'avoir utilisé la posologie maximale pendant une durée de 15 jours ou à moins qu'il n'existe des effets indésirables marqués.

S'il existe un risque suicidaire, les durées de prescription doivent être courtes afin d'éviter l'accumulation de médicaments.

PHARMACOLOGIE

ANTIDÉPRESSEURS INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE ET DE LA NORADRÉNALINE

DCI	Médicaments	Forme – Posologie quotidienne
MIRTAZAPINE	Norset	comp. à 15 mg 15 à 45 mg/j.
MILNACIPRAN	Ixel	gél. à 25, 50 mg — 50 à 100 mg/j.
VENLAFAXINE	Effexor	comp. à 25, 50 mg — 50 à 150 mg/j.
	Effexor LP	gél. LP à 37,5 mg — 37,5 à 75 mg/j.

CONTRE-INDICATIONS
Ils ont peu de contre-indications hormis la grossesse et l'insuffisance hépatique.

EFFETS INDÉSIRABLES
Ils sont peu marqués. Il existe parfois des troubles digestifs, tels que nausées, diarrhées (qui disparaissent si l'antidépresseur est pris au milieu du repas), des céphalées, des tremblements, une tachycardie, des troubles cutanés en général bénins.

PHARMACOLOGIE

AUTRES ANTIDÉPRESSEURS

DCI	Médicaments	Forme – Posologie quotidienne
MIANSÉRINE	Athymil	comp. à 10, 30, 60 mg 30 à 90 mg/j.
	Miansérine Merck	comp. à 10, 30, 60 mg 30 à 90 mg/j.
VILOXAZINE	Vivalan	comp. à 100 mg/amp. à 100 mg 100 à 300 mg/j.
	Vivalan 300 mg LP	comp. LP à 300 mg 300 mg/j.
TIANEPTINE	Stablon	comp. à 12,5 mg 12,5 à 37,5 mg/j.
MÉDIFOXAMINE	Cledial	comp. à 50 mg 50 à 150 mg/j.

Ce n'est qu'après échec de plusieurs antidépresseurs à doses efficaces et pendant un laps de temps suffisant que peuvent être envisagées les associations :

- d'antidépresseurs entre eux ;
- d'antidépresseurs et de thymorégulateurs.

La famille peut jouer un rôle important dans l'observance du traitement ; elle doit être informée et impliquée.

L'électroconvulsivothérapie

L'électroconvulsivothérapie est un traitement des dépressions rebelles aux autres traitements, des états maniaques aigus ou mixtes, des schizophrénies à forme délirante durable ou à forme catatonique.

Elle consiste à induire chez le patient une crise comitiale généralisée au moyen d'un courant électrique à administration transcrânienne.

La séance d'ECT se pratique sous anesthésie générale avec curarisation permettant de diminuer les convulsions et leurs conséquences traumatiques. Elle dure quelques minutes.

Protocole de soins infirmiers concernant l'électroconvulsivothérapie

Il implique 3 étapes :

- l'étape préparatoire ;
- la séance d'électroconvulsivothérapie ;
- le suivi jusqu'au réveil.

► **L'ÉTAPE PRÉPARATOIRE.** Elle comporte en première intention une prise en charge du patient qui vit souvent ce traitement de façon péjorative.

L'acceptation du soin passe par une information sur la séance en précisant qu'elle se déroule sous anesthésie générale et qu'elle est indolore.

Un consentement signé lui est demandé (ou à son entourage s'il est sous tutelle).

Les examens complémentaires nécessaires sont réalisés dans la semaine qui précède (à savoir : bilan sanguin, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, fond d'œil, radio du thorax) permettant d'éliminer une contre-indication.

La veille de l'ECT, le patient est maintenu à jeun à partir de minuit : il ne doit ni manger, ni boire, ni fumer.

L'équipe infirmière vérifie la prescription du médecin anesthésiste, se procure les produits prescrits, vérifie le fonctionnement de l'appareil à oxygène.

► **LE JOUR DE L'ECT,** le dossier du patient avec le bilan pré-ECT complet est remis au médecin anesthésiste.

L'infirmier(e) présent(e) prépare le chariot avec le matériel et les médicaments nécessaires :

- tensiomètre-chronomètre ;
- matériel à perfusion ;
- produits anesthésiques présents ;
- compresses – alcool – garrot – sparadrap ;
- bouteille à oxygène ;

– des haricots, un mors pour éviter que le patient ne se morde la langue.

Le matériel d'anesthésie est apporté par le médecin anesthésiste.

Les infirmier(e)s préparent également la salle :

- Ils (elles) vérifient le fonctionnement des prises de courant, la libre circulation autour du lit, préparent une alèse, des couvertures, des bat-flanc (en prévision d'un réveil agité).
- Ils (elles) administrent au patient le traitement prescrit après avoir vérifié qu'il a uriné.
- Puis ils (elles) l'installent dans la salle, en le protégeant des regards indiscrets.
- Ils (elles) lui retirent les prothèses mobiles (dentiers, lentilles), les bijoux, le soutien-gorge.
- Ils (elles) lui apportent le soutien psychologique nécessaire.

Pendant la séance qui se déroule en présence du médecin psychiatre et du médecin anesthésiste (décret n° 941050 du 5 décembre 1994), l'infirmier(e) surveille le pouls et la tension artérielle, les note sur la feuille de soin, passe le matériel nécessaire à l'anesthésiste.

En fin de séance, il (elle) installe le patient sur le côté.

► **APRÈS LA SÉANCE.** L'infirmier(e) surveille le patient, note son comportement, son état de conscience dans le dossier de soin, ainsi que les paramètres (pouls, tension).

Si nécessaire, il (elle) installe les barrières de protection. Quand le patient est complètement réveillé, il (elle) l'aide à se repérer dans le temps et

dans l'espace et le rassure quant aux troubles mnésiques peu durables induits par le traitement.

Une heure environ après le réveil, il (elle) lui sert un repas.

Effets indésirables de l'électroconvulsivothérapie

- Une obnubilation transitoire, voire une confusion mentale au réveil.
- Des troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration pouvant durer de quelques jours à quelques semaines.
- Des céphalées.
- Des douleurs musculaires.

La psychothérapie

La psychothérapie tient une place importante à côté des antidépresseurs dans le traitement de la dépression.

Si elle n'est pas indiquée au cours des phases aiguës qui ne permettent pas la nécessaire implication, elle permet dès que le contact relationnel peut s'établir :

- de faire face aux difficultés professionnelles et sociales;
- de surmonter les sentiments d'échec, d'insatisfaction (psychothérapie de soutien);
- d'explorer les problématiques psychiques qui ont permis l'installation de la dépression (psychothérapies analytiques).

► **LES THÉRAPIES COGNITIVES** visent à faire réfléchir le déprimé sur le fonctionnement erroné de sa pensée.

ÉTAT DÉPRESSIF

M. J. est âgé de 59 ans. Fils unique de parents assez rigides, il a eu une enfance solitaire. Il s'est beaucoup investi dans son emploi d'agent d'exploitation. Il a eu une brève liaison de laquelle est né un fils actuellement âgé de 28 ans, qui a été élevé par sa mère. Ce n'est que tardivement qu'il s'est installé dans une liaison homosexuelle. Son fils qu'il voyait peu n'aimait pas son compagnon. Depuis le décès de celui-ci, il a cessé de travailler et est en demi-traitement. Il s'est mis à boire pour oublier et ce de façon croissante mais ces derniers temps il n'avait même plus le courage d'acheter du vin.

Circonstances de l'hospitalisation

M. J. 59 ans, est adressé par le service de réanimation du SAU, à la suite d'une tentative de suicide par ingestion massive de médicaments et d'alcool.

Il avait été trouvé par les pompiers, inanimé dans la cuisine de son appartement, alertés par la gardienne qui s'étonnait de ne pas l'avoir vu sortir de chez lui depuis 2 jours. Il est hospitalisé à la demande d'un tiers, demande signée par son fils.

Les renseignements transmis par le service de réanimation mentionnent qu'à la sortie, son état de conscience est bon et que ses constantes vitales sont redevenues normales.

L'accueil du patient est organisé dès l'appel téléphonique du service des urgences du SAU et fait par 2 infirmières.

Avant son arrivée, en fonction des données transmises, une chambre seule proche de la salle de soins (afin de favoriser la surveillance) a été préparée.

Après s'être présentées, les infirmières se renseignent sur les motifs de sa venue et l'informent qu'il va rencontrer l'un des médecins du service.

En attendant celui-ci, elles pratiquent en sa présence un inventaire de ses affaires personnelles et vérifient l'absence dans celles-ci de médicaments ou d'objets dangereux car susceptibles de favoriser une tentative de suicide (ceinture, ciseaux, briquet, etc.) qui ne lui seront remis que lors de la sortie. Elles signent l'inventaire et le lui font signer.

Puis elles notent les signes de détresse, les propos témoignant tant du désir de mort que de l'intention suicidaire, recherchent les éventuels antécédents familiaux de dépression ou de suicide.

Symptomatologie initiale

À son arrivée dans le service, M. J. apparaît comme un homme grand mais voûté, au visage pâle, émacié, aux traits tirés, aux joues creuses. Ses cheveux sont gras et sales. Le regard vide, il reste immobile et prostré.

Lors de l'entretien médical, il répond aux questions d'une voix basse et monocorde : « Il est fatigué, qu'on le laisse tranquille. Il veut mourir. Il mérite de mourir et regrette de ne pas y être "resté". Il refuse de s'alimenter. » Très vite, il s'enferme dans un profond mutisme.

L'examen somatique ne met en évidence aucune atteinte somatique patente, si ce n'est la maigreur avec un poids de 54 kg pour 1,68 m, l'état saburréal des voies digestives, ainsi qu'un manque d'hygiène manifeste.



« — Docteur, conseillez-moi : j'hésite entre la corde et l'alcool ?

— Chère M^{me} Dupont, prenez plutôt un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine à raison de deux comprimés par jour. »

Les constantes sont normales avec une TA à 13-8, un pouls régulier et bien frappé à 64, la température est normale.

Les examens biologiques adressés par les urgences sont normaux à l'exception d'une discrète augmentation des gamma-GT qui pourrait témoigner d'un alcoolisme. L'électrocardiogramme est normal.

Pendant ce bref entretien, ses propos sont restés cohérents, il a pu donner la date du jour, son âge, son adresse.

Le diagnostic médical porté à la fin de l'entretien est celui d'état dépressif majeur avec risque suicidaire patent.

Le diagnostic DSM-IV est celui d'état dépressif majeur, épisode isolé à caractéristique mélancolique.

Le traitement prescrit comporte :

- pose d'une perfusion d'Anafranil : 4 ampoules à 25 mg dans 500 cc de soluté isotonique à passer en 3 heures ;
- 20 mg d'Atarax soit 2 cuillerées à café de sirop en cas d'insomnie.

Les consignes médicales mentionnent :

- la mise en chambre seule proche du poste de soins infirmiers avec interdiction de sortie à l'extérieur du service ;
- la surveillance permanente visant à éviter un passage à l'acte suicidaire, portant également sur l'alimentation, le sommeil, la prise biquotidienne des constantes.

Diagnostiques infirmiers

Les objectifs infirmiers vont prendre en compte l'ensemble de ces composantes pour atteindre l'objectif premier à savoir la prise de conscience de la gravité des actes autoagressifs.

ÉTUDE DE CAS

ÉTAT DÉPRESSIF (suite)

- Le risque de violence envers soi-même implique :
 - **La détection du risque suicidaire** : elle passe par l'écoute, l'attention, l'empathie qui permettent au malade d'exprimer sa souffrance et de verbaliser ses projets, en évitant de le questionner avec trop d'insistance sur son désir de mort. Le risque suicidaire est d'autant plus important chez M. J. qu'il est déjà passé à l'acte, qu'il exprime des idées de mort, qu'il refuse de s'alimenter, qu'il présente des signes biologiques d'imprégnation alcoolique, et qu'il semble être isolé de sa famille.
 - **La prévention du risque suicidaire** repose sur la surveillance du patient et de son traitement. La surveillance n'est efficace que s'il la perçoit comme un intérêt réel pour sa personne et comme une aide. L'équipe infirmière s'assure ainsi qu'il ne s'isole pas pour mettre son projet à exécution, qu'il ne cherche pas à se procurer des produits ou instruments dangereux.
- M. J. est trop inhibé pour se livrer à une nouvelle tentative : il va dans un premier temps rester isolé dans sa chambre.

Toutefois, il se met en danger par son refus alimentaire qui est pris en compte au niveau des objectifs de soins.

La surveillance de la perfusion d'Anafranil est spécifique.

Après les vérifications d'usage, l'installation du patient le plus confortablement possible, la pose de la perfusion peut avoir lieu. Le patient est informé de cette modalité thérapeutique, qu'il peut ressentir comme lourde. Dans ce cas, M. J. l'accepte, passivement.

Les infirmières restent avec lui pour vérifier que la perfusion passe bien, qu'il ne l'arrache pas et contrôler ses constantes physiologiques : la pesée, le contrôle des excrétiens pour dépister d'éventuels effets indésirables tels que l'hypotension orthostatique, la constipation, la rétention d'urine.

Elles en profitent pour lui en parler et l'amener à s'exprimer afin d'établir avec lui une relation de confiance et dépister un risque suicidaire paradoxalement accru lorsque le traitement commence à agir.

OBJECTIFS	CONDUITE À TENIR
Amener le patient : - À renforcer son estime de soi. - À participer aux soins. - À renouer avec son entourage.	- Lui proposer des activités compensatrices. - Discuter avec lui des conséquences de ses actes. - Rechercher les signes d'anxiété. - Noter les manifestations d'intentions suicidaires. - Rechercher si le patient dispose des moyens de suicide ou cherche à se les procurer.
Amener le patient : - À exprimer des jugements positifs vis-à-vis de lui-même. - L'inciter à soigner son apparence et son hygiène.	- Le laisser évoquer son deuil et sa souffrance : évoquer ses liens familiaux. - L'inciter à faire sa toilette et valoriser son apparence. - L'inciter à participer à ses soins. - L'aider à retrouver des éléments positifs de son passé.
Amener le patient - À se confier. - À se lier avec d'autres personnes. - À participer aux activités. - À sortir de sa chambre, à participer aux repas en commun, aux activités.	- Rechercher ses soutiens familiaux ou sociaux.
- L'amener à s'alimenter normalement.	- Se renseigner sur ses goûts alimentaires. - Lui proposer des boissons chaudes nutritives. - Laisser des aliments à sa portée.
- Favoriser le retour du sommeil.	- S'assurer qu'il ne consomme pas de café. - Lui faire prendre le traitement prescrit. - Vérifier s'il dort et signaler l'insomnie au médecin référent.

M. J. ne fera pas de tentative de suicide mais cette éventualité reste possible malgré une surveillance attentive.

• **Conduite à tenir en cas de tentative de suicide**

Dans ce cas, il importe de se référer à des consignes précises :

- Appeler les secours d'urgence et l'interne de garde.
- Procéder aux gestes d'urgence : dépendre le pendu, soigner la plaie, vérifier les constantes.
- Prévenir le surveillant-chef.
- Si besoin faire appel aux unités de soins proches.
- À l'arrivée des secours, décrire avec précision la situation, mettre en œuvre les soins présents.
- Écarter les autres patients, les rassurer.

- Remplir le rapport d'accident.
- Noter les éléments dans le dossier de soins infirmiers.
- En cas de décès, se référer aux consignes prévues.

• **La perturbation de l'estime de soi**

Elle amène le patient à se mépriser, à négliger sa personne, ses intérêts, sa vie.

L'objectif de la prise en charge sera de lui faire percevoir que ce sentiment d'autodépréciation relève de sa tristesse, de sa dépression, et de l'amener à une vision plus positive de sa personne.

Il importe donc par une attitude d'écoute et l'intérêt porté au patient de l'amener à parler de lui-même, de sa famille, de son entourage social.

ÉTAT DÉPRESSIF (suite)

Un élément important consiste à lui demander s'il veut prévenir quelqu'un de son hospitalisation : M. J. répondra qu'il a un fils mais que celui-ci ne s'intéresse pas à lui. Il accepterait cependant sa visite s'il venait. Dès lors, l'équipe soignante a pu contacter ce fils qui avait signé l'hospitalisation à la demande d'un tiers et celui-ci est venu voir son père dès le lendemain.

Peu à peu, l'attention de l'entourage conjuguée aux effets du traitement médicamenteux, la prise en charge de l'hygiène corporelle vont l'amener à réhabiliter la vision qu'il a de lui-même. Il va venir demander un somnifère à l'équipe de nuit puis il va circuler dans les couloirs et répondre aux autres patients : il ne sera plus pour lui-même un objet de dégoût et de rejet.

● **La perturbation des interactions sociales avec isolement social**
Elle est directement liée à la vision péjorative que M. J. a de sa personne. Il a le sentiment d'être dépourvu d'intérêt pour les autres, détestable ; il les fuit pour ne pas leur imposer sa présence, il doit les débarrasser de sa personne.

L'équipe infirmière va rechercher au travers de quels aléas de la vie, de quels échecs sociaux, de quelles ruptures s'est instauré ce retrait.

Au cours de cette période, le traitement d'Anafranil en perfusion,

bien supporté, a été progressivement augmenté jusqu'à 175 mg.

L'insomnie signalée par l'équipe de nuit s'est atténuée avec l'aide d'un comprimé de Stilnox pris sous surveillance (l'infirmier faisait boire 1/2 verre d'eau à M. J. puis discutait avec lui pour qu'il ne dissimule pas ce comprimé dans sa bouche pour le recracher ensuite).

Les diagnostics infirmiers se sont complétés et leurs objectifs ont évolué :

- Le risque suicidaire s'est estompé. Il a retrouvé goût à la vie, qui ne valait plus la peine d'être vécue, en se recentrant sur son fils. La reprise d'une alimentation, d'une hygiène normale a marqué la fin du refus de vivre.
- Le réinvestissement de son corps : celui-ci devient un objet de doléances et de quête d'intérêt ; il a mal à l'estomac, à la tête, il a des sueurs, il est fatigué.

L'équipe soignante l'incite à un suivi psychologique au cours duquel il pourra évoquer ses difficultés et ses souffrances. Il parvient à discuter avec son fils du passé, de ses manques : celui-ci ne le rejette pas et insiste sur l'intérêt d'une psychothérapie.

L'équipe soignante tente de percevoir comment il vit cet isolement et l'aide par sa présence à le rompre.

Année 2001 / Mois : Octobre / Feuille n° 1

Dates	12-oct			13-oct			14-oct			15-oct			16-oct		
	M	AM	S												
Surveillance hygiène de vie															
Surveillance de l'alimentation		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Surveillance du sommeil			+			+			+			+			+
Surveillance du comportement															
Recherche de risque suicidaire		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Surveillance du traitement															
Surveillance de la perfusion		+			+			+			+			+	
Surveillance de la prise du traitement			+			+			+			+			+
Surveillance des effets indésirables du traitement															
Tremblements				+	+		+	+		+	+		+	+	
Sécheresse buccale			+	+		+	+		+	+		+	+		+
Constipation				+			+			+			+		
Recherche rétention urinaire			+	+			+			+			+		
Surveillance des constantes															
Pouls		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
TA		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Température		+		+			+			+			+		
Soins relationnels – communication															
Entretien infirmier		+	+		+	+		+	+		+	+		+	+
SIGNATURES															

ÉTUDE DE CAS

ÉTAT DÉPRESSIF (suite)

CIBLES/PROBLÈMES	Données/Se manifestant par	Actions/Interventions de soins	Résultats/Évaluation
<i>Transmissions du 12/10 au 13/10</i>			
Refus de s'alimenter	Refus de repas	A été aidé pour boire un chocolat	A bu du chocolat
Refus de communiquer	Mutisme	A été accompagné dans sa chambre, lui proposons de contacter sa famille	Donne le nom de son fils et son n° de téléphone
Manque d'hygiène	Vêtements tachés, négligés	Doit être aidé pour prendre sa douche	Bonne hygiène corporelle
Surveillance du risque suicidaire	Propos suicidaires à l'entrée	Surveillance régulière	Pas de tentative de suicide
Refus de soins	Accepte la perfusion	Pose de perfusion avec surveillance	RAS
<i>Transmissions du 13/10 au 14/10</i>			
Refus de s'alimenter	Refuse le repas	Aide au repas	A mangé une soupe et un yaourt
Refus de communiquer	Parle peu	Avons téléphoné ensemble à son fils	Parle de son fils
Manque d'hygiène	Ne se lave pas	Doit être stimulé pour prendre une douche	S'est lavé
Surveillance du risque suicidaire	Ne verbalise pas d'idées suicidaires	Surveillance régulière	RAS
Refus de soins	Accepte la perfusion	Pose de perfusion avec surveillance	RAS
<i>Transmissions du 14/10 au 15/10</i>			
Refus de s'alimenter	Refuse de consommer de la viande	Appel de la diététicienne pour un complément alimentaire	A mangé le contenu de son plateau-repas
Refus de communiquer	Fuit le contact	Est questionné sur ses habitudes alimentaires	Répond très brièvement
Manque d'hygiène	Ne va pas se laver	Doit être stimulé pour prendre une douche	Se douche si un soignant se trouve à proximité
Surveillance du risque suicidaire	Peu communicatif, reste sombre	Surveillance régulière	RAS
Refus de soins	Propos suicidaires à l'entrée	Surveillance régulière	Pas de tentative de suicide

Évolution

Dans les jours qui suivent, le contact devient plus facile. Peu à peu, M. J. parvient par bribes ponctuées de soupirs à raconter son histoire. Il vivait depuis 6 ans avec un ami. Huit mois auparavant, celui-ci est décédé brutalement d'un accident vasculaire cérébral. Cette disparition lui a semblé d'autant plus intolérable qu'ils s'étaient disputés la veille pour « une bêtise ». Depuis ce décès, sa vie a basculé « dans le néant ». Plus rien n'a d'intérêt. Il refuse de voir son entourage, ne sort que pour ses visites fréquentes au cimetière. Il a abandonné son emploi. Il ne fait plus rien : il aimerait passer son temps au lit. S'alimenter, se vêtir

n'a plus de sens. Il passe son temps à ruminer sa culpabilité, persuadé que la dispute qui les a opposés est cause du décès de son ami. Il ne mérite pas de lui survivre et recommencera sa tentative de suicide à la première occasion. Du reste, il refuse de s'alimenter. Qu'on le laisse tranquille : il est fatigué, ce d'autant qu'il dort mal : la nuit il voit son ami mort qui vient lui faire des reproches.

Les diagnostics infirmiers

Au terme de cette première rencontre, l'équipe infirmière pose les diagnostics suivants.

ÉTAT DÉPRESSIF (suite)

Diagnostics	Symptômes	Causes favorisantes
Risque de violence envers lui-même.	Tentative de suicide grave. Désir de mort clairement exprimé. Tristesse marquée. Alcoolisme.	Humeur triste. Refus de soins. Ruminations morbides. Autodépréciation.
Perte de l'estime de soi.	Vision péjorative de sa personne. Négligence des soins corporels élémentaires. Sentiment d'autodépréciation. Culpabilité.	Refus de soins. Perte du plaisir. Échecs.
Perturbations des interactions sociales avec isolement social.	Retrait. Difficultés à communiquer verbalement. Diminution des activités. Diminution des intérêts.	Comportement social mal accepté. Difficultés à s'engager dans des relations personnelles satisfaisantes.
Refus alimentaire.	Refuse de s'alimenter.	Anorexie.
Troubles du sommeil.	Insomnie. Cauchemars. Asthénie.	Altérations biochimiques. Angoisse. Inactivité.

L'évolution de la prise en charge

Elle tient compte de l'amélioration de l'humeur.

L'établissement d'une relation thérapeutique va passer par l'écoute neutre des plaintes, sans jugement et sans tentative de réassurance trop marquée.

Elle fait l'objet d'une transcription dans le dossier de soins infirmiers.

L'évolution à moyen terme

Sous traitement après une phase de repli hostile, M. J. accepte de sortir de sa chambre et commence à s'alimenter normalement.

Bien qu'effrayé par certains patients, il participe aux jeux de société et regarde la télévision.

Le retour du sommeil, une reprise de poids semblent mettre fin à ses doléances permanentes.

La visite de son fils, trois semaines après le début de son hospitalisation, marque un tournant dans son évolution. Il sort un week-end avec celui-ci, en profite pour aller chez le coiffeur.

Au cours d'une deuxième permission, son fils et lui rangent l'appartement et il donne les habits de son ami décédé à la Croix-Rouge.

La sortie peut être envisagée avec un suivi au CMP.

Troubles psychotiques

5

Généralités

Les psychoses sont le plus souvent définies par l'existence de symptômes délirants et/ou hallucinatoires. Elles sont caractérisées par une perte des limites du Moi et une altération de la perception de la réalité. Elles s'expriment soit sur un mode aigu, soit sur un mode chronique. Elles peuvent être soit productives (délire, hallucinations), soit déficitaires [pauvreté du discours, des affects, de la pensée, anhédonie (perte de la sensation de plaisir), apragmatisme...]. Elles présentent souvent un caractère de gravité, avec une méconnaissance du caractère pathologique des troubles.

Actuellement cohabitent deux approches cliniques et nosographiques des psychoses : la classification française et la classification nord-américaine (DSM-IV).

La psychiatrie classique française différencie les psychoses aiguës et les psychoses chroniques, elles-mêmes séparées en psychoses dissociatives (schizophrénies) et non dissociatives (délires

Tableau 5.1. Les psychoses.

Psychoses aiguës	Bouffée délirante aiguë	
Psychoses chroniques	Dissociatives	Les schizophrénies : – dysthymiques, – hébéphréniques, – hébéphréno-catatoniques, – paranoïdes, – pseudo-névrotiques, – résiduelles, – simples.
	Non dissociatives	Psychose paranoïaque Psychose hallucinatoire chronique Paraphrénie

paranoïaques, psychose hallucinatoire chronique et paraphrénie).

Ces deux classifications ne se recoupent pas exactement, nous les évoquerons successivement.

Bouffée délirante aiguë

Description clinique

Elle est caractérisée par la survenue brutale d'un délire riche et polymorphe (plusieurs thèmes délirants sans enchaînement logique).

Le délire est une croyance erronée, en contradiction avec la réalité et inaccessible à la critique. L'idée délirante est individuelle, c'est-à-dire non partagée par les gens de même culture ou de même religion.

● **Les thèmes délirants sont multiples** : mystique, messianique, érotique, mégalomane (idées de grandeur), de persécution, d'influence (impression d'être commandé par une force extérieure), hypochondriaque (idée fautive concernant le corps ou son fonctionnement)...

● **Tous les mécanismes du délire** peuvent se rencontrer : hallucinations psycho-sensorielles (perceptions sans objet qu'elles soient auditives, visuelles, cénesthésiques, olfactives) et automatisme mental (impression d'écho de la pensée, vol et divulgation de la pensée, commentaires des actes), intuitions soudaines, interprétations (interprétation fautive d'un fait réel), illusions perceptives (déformation d'une perception réelle), imagination.

● **Le délire est non systématisé et incohérent**, mais il entraîne une conviction absolue à l'origine de troubles du comportement (agitation, fuite, auto- ou hétéroagressivité ou au contraire sidération, prostration, stupeur).

BOUFFÉE DÉLIRANTE AIGUË

Circonstances d'hospitalisation et présentation

M^{me} R., est hospitalisée d'office pour « un état d'agitation et des troubles du cours de la pensée ».

Elle a 36 ans; c'est une personne de petite taille, perchée sur des chaussures à talon aiguille. Elle a le teint mat et porte de grosses lunettes aux verres fumés cerclés d'une monture épaisse pour corriger une forte myopie.

Depuis deux jours, M^{me} R. a quitté le domicile conjugal, laissant sans nouvelles son mari et ses deux enfants, très inquiets face à cette situation inhabituelle.

M^{me} R. a erré dans les rues de Paris, sillonné le quartier Latin, Pigalle et Bastille. Alors que son mari avait prévenu les forces de police de son absence, elle a été interpellée sur les Champs-Élysées, en milieu d'après-midi. Elle avait donné un coup de talon aiguille sur le crâne d'un monsieur chauve attablé à la terrasse d'un café avec une amie, le blessant cruellement. Elle s'était acharnée auparavant à briser les pare-brise de plusieurs voitures en stationnement dans les contre-allées des Champs, toujours à l'aide de ses chaussures à talon aiguille; elle insultait les passants, bousculant les uns, insultant les autres.

Rapidement maîtrisée par les forces de l'ordre, elle est conduite à l'IPPP, qui l'adresse dans le service en hospitalisation d'office.

Biographie et HDLM

« Elle a une vie bien réglée » dit son mari lors d'un entretien. « Elle est organisée, c'est une bonne épouse et une bonne mère attentive à l'éducation de ses enfants. Je ne comprends pas ce qui a bien pu se passer ? On est si bien dans notre maison. »

Fille d'immigrés, elle est née au Brésil. Elle est la cinquième enfant d'une fratrie de 7, dont deux sont comme elle atteints de nanisme.

Elle s'est mariée à 20 ans et son premier mari est mort dans un accident de voiture. Elle s'est remariée à 27 ans et a eu deux enfants avec son époux actuel, informaticien.

Elle a suivi une scolarité jusqu'en seconde, puis a fait un CAP, puis un BEP de coiffure. Elle a exercé son métier pendant plusieurs années, jusqu'à la naissance de son second enfant.

Elle dit garder un bon souvenir de son enfance, mais elle n'a plus aucun lien avec sa famille. On apprend au cours de l'hospitalisation que son mari se montre souvent violent et qu'il lui arrive de la frapper. Elle pense qu'il a des maîtresses.

Jusqu'à cet incident, on ne lui connaît aucun antécédent psychiatrique ou médical.

Symptomatologie initiale

Au lendemain de son arrivée et malgré l'injection de neuroleptiques, elle est agitée, crie, hurle, crache, essaie de frapper tout ce qui l'entoure, elle se griffe, s'arrache les cheveux.

Elle demande en permanence « d'arrêter le transistor », alors qu'il n'y en a pas dans l'unité de soins où elle est hospitalisée.

Elle exprime des idées délirantes floues et incohérentes : « Les martiens sont arrivés, on est téléguidé, tout est pourri, on va me tuer... »

Diagnostic médical et traitement

Le diagnostic médical est celui d'une bouffée délirante aiguë. De façon brutale, elle présente un délire flou et polymorphe avec des hallucinations auditives et des interprétations, des troubles du comportement en lien avec la conviction délirante.

Le traitement médicamenteux comporte des neuroleptiques par voie parentérale, puis orale (Solian 800 mg/j.). Il a nécessité la

mise en isolement jusqu'à sédation des troubles du comportement et amélioration du contact.

Évolution

Pendant la première semaine, M^{me} R. reste particulièrement agressive.

- Le délire ne diminue pas, ni les hallucinations : elle se plaint d'avoir « un transistor dans l'oreille qui l'empêche de vivre ».
- Elle se mutile l'oreille, essaie d'enlever ce « transistor qu'elle a dans la tête et qui gueule des messages de mort et d'insultes ».
- Elle mange peu, et perd du poids (3 kg depuis son arrivée où elle pesait 43 kg).
- Elle est souvent agitée et menaçante avec les autres patients.

Après deux semaines de traitement, l'agitation cède avec l'activité délirante. Au bout de trois semaines, elle critique son délire.

L'hospitalisation d'office est levée, elle sort au bout de six semaines. Elle est suivie au CMP.

Diagnostic infirmier

Plan de soins : M^{me} R. à 1 jour d'hospitalisation.

• **Risque de violence envers soi et envers les autres** lié à une perception douloureuse des hallucinations acoustiques se manifestant par des troubles du comportement.

• **Agitation psychomotrice** : M^{me} R. a fait de nombreux passages à l'acte (bris d'objet, agressions corporelles, coups...) ce qui prouve son impulsivité, son agressivité, et traduit une angoisse et souffrance importantes. L'agitation doit être contenue par les infirmiers pour la protéger contre elle-même (l'empêcher de se mutiler, la protéger des réactions des patients qu'elle interpelle) et protéger les autres patients, en particulier les plus vulnérables (personnes âgées). Il importe aussi de surveiller la survenue d'un état d'épuisement, qui peut succéder à l'agitation et se manifester par une fatigue, une déshydratation, une anorexie, une tachycardie...). L'évaluation de la dangerosité permettra de prendre soit une mesure de mise à l'écart (zone fermée) soit la mise en chambre d'isolement.

• **Automutilations** (se mutile le lobe de l'oreille, se griffe, s'arrache les cheveux). Dans ce cas particulier, les automutilations semblent sous-tendues par les hallucinations auditives. Des soins locaux s'imposent et nécessitent une surveillance particulière, tant que les neuroleptiques n'auront pas été efficaces sur l'activité hallucinatoire.

• **Anxiété majeure**.

• **Peur d'être tuée** en lien avec les hallucinations menaçantes : M^{me} R. entend des voix et demande en permanence « d'arrêter le transistor ». Elle semble écouter et répondre par des invectives à des interlocuteurs imaginaires. Elle pourra même dire que les voix répètent sa pensée comme un écho, commentent ses actes et ses gestes les plus intimes.

• **Perte de l'appétit** (amaigrissement de 3 kg).

• **Des passages à l'acte**, risque de crise clastique, risque suicidaire : les passages à l'acte (bris d'objet, agressions corporelles, coups de talon aiguille...) qui ont motivé l'hospitalisation peuvent se répéter au début de l'hospitalisation, les soignants devront être particulièrement vigilants. L'agressivité peut se retourner contre elle-même. Le risque suicidaire est plus marqué lorsqu'elle prend conscience de ses troubles et des conséquences de ses actes. Il est donc indispensable de retirer tout objet dangereux (ciseaux, rasoir, ceinture...), de vérifier la prise de médicaments (pour permettre d'une part que la symptomatologie délirante et anxieuse s'améliore rapidement et d'autre part pour éviter les accumulations de médicament).

BOUFFÉE DÉLIRANTE AIGUË (suite)

Il est donc nécessaire d'exercer une surveillance très active. Il faut prendre au sérieux tout propos suicidaire et le rapporter à l'équipe et au médecin (transmission orale et écrite) afin de prévenir un passage à l'acte.

Les droits et obligations du patient

Le patient est tenu au respect des obligations concernant tout citoyen :

- il ne peut nuire au bon fonctionnement du service public;
- il est responsable civilement des dommages qu'il provoque, et ce même s'il est malade mental en vertu de l'article 489-2 du Code civil qui dispose que « celui qui a causé un dommage à autrui, alors qu'il était sous l'emprise d'un trouble mental, n'en est pas moins obligé à réparation » (loi du 3 janvier 1968); seul le juge est habilité à déterminer, après expertise médico-légale, s'il échappe à sa responsabilité pénale;
- il est déclaré irresponsable si un trouble psychique ou neuro-psychique a aboli son discernement au moment des faits. Si le trouble décelé n'a fait qu'altérer son discernement, il est punissable (article 122-1 du Code pénal).

C'est pourquoi, tout fait délictueux commis par un patient au sein d'un établissement de santé doit être signalé au procureur de la République (en vertu de l'article 40 du Code de procédure pénale qui détache l'acte délictueux de l'obligation du secret professionnel : l'hôpital n'est pas un lieu d'impunité).

Des perturbations de la communication

• **Altérations des opérations de la pensée** (délires polymorphes). La patiente délirante exprime à travers sa perception du monde extérieur des préoccupations qui lui sont propres et qu'elle attribue aux autres. Ces préoccupations ont pour elle une signification essentielle. Ils entraînent une conviction absolue, inaccessible à la critique des autres, et une participation affective qui peut provoquer des troubles du comportement et un sentiment de culpabilité quand le délire cesse.

• **Syndrôme d'interprétation erronée de l'environnement.**

• **Altérations des perceptions sensorielles auditives** à thématique insultante et morbide : M^{me} R. entend des voix (hallucinations auditives) qu'elle attribue à un transistor placé dans son oreille et qu'elle tente d'arracher.

Dans le cas de Mme R., les réactions à son problème de santé sont reliées aux facteurs favorisants suivants :

- l'état de panique défensive de M^{me} R. manifesté lors de son errance dans Paris;
- la violence conjugale;
- la jalousie, M^{me} R. est persuadée que son mari a des maîtresses;
- l'hypothèse d'une réactualisation d'une situation stressante mettant en péril son intégrité psychique (stratégie d'adaptation inefficace);
- la vulnérabilité de l'estime de soi (femme de petite taille compensée par le port de talons aiguilles);
- le manque de réseau de soutien (famille très éloignée).

Objectifs

M^{me} R. doit :

- prendre conscience de son état de violence, et accepter le traitement;
- garder un bon état physique;
- exprimer ses peurs, et pouvoir critiquer le contenu délirant de son discours.

Interventions infirmières

Protéger M^{me} R. de sa violence par la mise en chambre d'isolement prescrit par le psychiatre, selon un protocole de soins spécifiques.

Planifier les actions suivantes

- Renforcer le sentiment de sécurité.
- Éloigner les autres patients.
- Intervenir en nombre suffisant (au besoin en faisant appel à d'autres infirmiers) pour contenir l'agitation de M^{me} R. et intervenir en toute sécurité.
- Retirer tout objet dangereux, assurer la stabilité dans le milieu environnant
- Expliquer les soins en tenant compte de son état (rythme de la surveillance infirmière, possibilité d'appel).
- Venir la voir régulièrement, lui parler et lui donner des repères.
- Donner à M^{me} R. la possibilité de sortir régulièrement de la chambre (toilette, soins d'hygiène...).
- Administrer et vérifier les prises du traitement médical.
- Prendre régulièrement la température et la TA.
- Surveiller l'hydratation et les effets secondaires indésirables des neuroleptiques (sommolence, sécheresse de la bouche, dyskinésies, hypotension orthostatique, allergie...).
- Assurer un soutien psychologique, faire preuve de calme.
- Éviter les situations qui favorisent l'escalade de la violence.
- Fournir des transmissions orales et écrites de qualité (éviter le clivage dans les soins).

• Évaluer dans quelle mesure les idées délirantes affectent la satisfaction des actes de la vie quotidienne :

- surveillance de l'équilibre alimentaire et de l'hydratation;
- favoriser un sommeil réparateur;
- éviter les situations de stress;
- Établir une relation d'aide et de soutien :
 - passer du temps auprès de M^{me} R., et lui témoigner de l'empathie et de l'attention;
 - informer M^{me} R. sur son hospitalisation en HO et les conditions de prise en charge;
 - repérer les signes cliniques évocateurs d'un risque de passage à l'acte agressif;
 - lui permettre de s'exprimer librement sur les situations vécues comme « mettant en péril sa vie »;
 - mettre en place des entretiens de relation d'aide afin de donner un sens à cet épisode (comme les notions : être de petite taille, se sentir en danger, fuir...);
 - permettre à M^{me} R. d'exprimer ses peurs et ses affects;
 - créer un climat de confiance qui engage M^{me} R. dans un processus d'alliance thérapeutique avec les soignants;
 - assurer une présence rassurante en attirant l'attention de M^{me} R. sur des éléments rattachés à des événements réels;
 - renforcer l'estime de soi en positivisant les ressources psychiques de la patiente;
 - vérifier si M^{me} R. peut compter sur une personne ou un service ressource;
 - prévoir la sortie de la chambre d'isolement et la continuité des soins.

Résultats escomptés

- la sédation de l'agitation, et la poursuite de la prise en charge;
- le retour à une perception de la réalité satisfaisante;
- la compréhension des facteurs déclenchants.

- **L'angoisse** est intense avec souvent un sentiment de dépersonnalisation (sentiment de n'être pas soi-même), de déréalisation (impression de changement du monde extérieur), de transformation corporelle.

- **La conscience** n'est pas altérée mais peut varier. L'humeur est fluctuante mais toujours perturbée (alternance ou coexistence d'exaltation et de dépression).

- **Les signes physiques** associés sont toujours une insomnie, parfois une anorexie, une constipation, un fébricule.

Étiologie

Un bilan complet (scanner, bilan biologique, recherche de toxiques...) devra être systématiquement fait à la recherche d'une étiologie organique.

En effet, si les BDA (bouffées délirantes aiguës) peuvent survenir sans cause apparente, ou être réactionnelles à un stress ou à un traumatisme émotionnel, elles peuvent aussi être secondaires à un trouble somatique (intoxications, infections, traumatisme crânien, tumeur, trouble endocrinien...). Elles peuvent survenir au décours d'un accouchement, ce sont les *psychoses puerpérales*.

Traitement

Il s'agit le plus souvent d'une urgence psychiatrique, nécessitant une hospitalisation. Si on n'obtient pas le consentement du patient, on aura recours à une hospitalisation à la demande d'un tiers. L'hospitalisation vise à éviter les passages à l'acte dangereux et à lutter contre l'angoisse en proposant un cadre rassurant et contenant.

- **La chimiothérapie** est indispensable, elle fait appel aux neuroleptiques associés à des correcteurs en fonction des effets secondaires observés. La voie parentérale est souvent nécessaire les premiers jours avec relais par voie orale.

Il est nécessaire de surveiller plusieurs fois par jour l'état psychique (angoisse, délire, hallucination, comportement, humeur...), et physique (pouls, TA, température, hydratation, transit, survenue d'effets secondaires des neuroleptiques).

Évolution

- ▶ **À COURT TERME**, l'évolution est généralement favorable, sous traitement.

- ▶ **À PLUS LONG TERME**, la BDA peut soit rester un épisode unique, soit récidiver avec des intervalles libres, soit évoluer vers une psychose chronique.

Schizophrénie

Généralités

La schizophrénie est la forme la plus fréquente des psychoses chroniques (l'incidence est d'environ 1 % dans la population générale, elle se retrouve dans toutes les cultures). Il s'agit d'un ensemble de troubles psychotiques qui ont en commun la dissociation, mais dont les tableaux cliniques et l'évolution sont très variables.

- ▶ **SON ÉTIOLOGIE RESTE TRÈS DISCUTÉE** et toutes les hypothèses sont explorées : génétique, biologique (hypothèse dopaminergique, noradrénergique...), environnementale, familiale, infectieuses (virus lent). L'un des derniers modèles propose de considérer la schizophrénie comme le résultat d'une interaction entre une vulnérabilité indivi-

duelle durable (ou prédisposition biologique) d'origine multifactorielle et des facteurs de stress.

- ▶ **AUCUN EXAMEN COMPLÉMENTAIRE** ne montre d'anomalie spécifique, tout au plus note-t-on des corrélations entre des anomalies anatomiques constatées au scanner et les symptômes négatifs ou déficitaires.

Symptomatologie à la phase d'état

La schizophrénie se présente sous des formes cliniques très hétérogènes, mais lorsque le tableau clinique est établi, la symptomatologie comprend : un syndrome dissociatif et un syndrome délirant.

Le syndrome dissociatif

La dissociation marque la **rupture de l'unité psychique**. Le syndrome dissociatif se manifeste dans tous les domaines de la vie psychique qu'elle soit intellectuelle, affective ou comportementale. La discordance est marquée par l'ambivalence, la bizarrerie, l'impénétrabilité.

► **DANS LE DOMAINE DES ACTIVITÉS INTELLECTUELLES**, la dissociation provoque des troubles des fonctions élémentaires, des troubles de la pensée, du langage et du système logique.

● **Les fonctions élémentaires** (mémoire, attention, jugement...) ne sont pas déficitaires mais perturbées avec une grande distractivité, un remaniement mnésique.

● **Les troubles de la pensée** sont importants : troubles du cours de la pensée (barrages ou interruption brusque involontaire et inconsciente du discours), troubles des associations (différence, flou, relâchement des associations), ainsi que les troubles du langage : altérations phonétiques, syntaxiques et sémantiques (néologismes étranges, paralogismes).

● L'altération du **système logique** entraîne une pensée illogique et déréglée, une tendance à la pensée magique (prendre une idée pour une réalité), le recours à l'abstraction, au symbolisme, au rationalisme morbide.

► **DANS LE DOMAINE AFFECTIF**, la dissociation se traduit par une altération de la vie affective, marquée par l'ambivalence (coexistence simultanée de deux sentiments contraires), l'indifférence affective (avec retrait, désintérêt, émoussement affectif), le négativisme (conduite active de refus), les réactions émotionnelles brutales, paradoxales, immotivées (colères violentes, rires ou impulsions immotivés, actes auto- ou hétéroagressifs étranges et incompréhensibles).

Les perturbations dans la vie relationnelle sociale et familiale sont constantes.

► **DANS LE DOMAINE DE L'ACTIVITÉ ET DU COMPORTEMENT** la dissociation est marquée par des bizarreries du comportement (expressions, mimiques contradictoires, maniérisme extrême), un *apragmatisme* et une aboulie, et au maximum un *syndrome catatonique* ou *catatonie*.

Le délire paranoïde

► **LE DÉLIRE PARANOÏDE EST NON SYSTÉMATISÉ** (non structuré, incohérent) et souvent bizarre. Il ne se retrouve pas dans toutes les formes cliniques de la schizophrénie, ni à tous les moments de l'évolution de la maladie. Il est chronique, mais peut prendre un caractère aigu soit sous la forme de bouffée délirante inaugurale soit de moment fécond au cours de l'évolution.

► **TOUTS LES THÈMES PEUVENT SE RENCONTRER** : syndrome d'influence (sentiments, pensées ou actes imposés), dédoublement, persécution, hypochondrie, érotomanie, mégalomanie, mystique, messianique, possession, empoisonnement, mais aussi impression de fin du monde, de catastrophe imminente... Sont également fréquentes, les expériences de transformation ou de morcellement corporels accompagnées d'angoisses très intenses.

► **LES MÉCANISMES SONT MULTIPLES ET NON SPÉCIFIQUES** : intuition, interprétations, illusions sensorielles, hallucinations psychiques (automatisme mental) et psychosensorielles (auditives, visuelles, olfactives, tactiles et cénesthésiques).

► **LA PARTICIPATION AFFECTIVE EST MARQUÉE PAR L'ANGOISSE**, particulièrement importante lors de syndrome de dépersonnalisation ou de déréalisation. La conviction du malade, son adhésion à l'idée délirante conditionne son comportement et ses réactions.

► **LA PARTICIPATION THYMIQUE** est variable, de l'exaltation à la dépression.

Mode de début

Le début peut être soit aigu, soit progressif, généralement entre 15 et 35 ans.

Formes à début aigu

Elles peuvent commencer par une bouffée délirante aiguë, un état dépressif, maniaque ou mixte atypique. Certains troubles des conduites ou du comportement chez l'adolescent (automutilations bizarres, crises clastiques, crimes immotivés, agressions intrafamiliales) peuvent également être des

modes de début. Seule l'évolution sous traitement permet de faire le diagnostic.

Formes à début progressif

S'installent insidieusement : une baisse de l'activité (baisse des résultats scolaires ou du rendement professionnel, échec surprenant, incurie, apathie, négligence, ennui, aboulie, activités étranges et inhabituelles), des troubles de l'affectivité et du caractère en rupture avec la personnalité antérieure (ambivalence, froideur, détachement, sauvagerie, intérêts inhabituels pour le mysticisme, l'ésotérisme, l'occultisme), des troubles d'allure névrotique toujours atypiques, un syndrome délirant et hallucinatoire, des conduites toxicomaniaques, parfois une anorexie.

Formes cliniques et évolution

Schizophrénie simple. Schizophrénie résiduelle

La schizophrénie simple est marquée par l'évolution lente de la dissociation et de l'autisme, alors que le délire est absent ou rarement exprimé. Une personnalité prémorbide schizoïde est très souvent retrouvée. Elle se manifeste par un apragmatisme important, une ambivalence, un appauvrissement des relations avec autrui avec tendance à l'isolement et à une vie ritualisée.

C'est aussi un mode d'évolution de schizophrénies productives (schizophrénie résiduelle).

Schizophrénie paranoïde

C'est la forme la plus riche. Elle associe un syndrome dissociatif et un délire paranoïde. Le début peut être brutal ou progressif, l'évolution sous traitement peut se faire vers un enkystement du délire ou une pseudo-systématisation (schizophrénie résiduelle) ou vers un repli autistique avec apragmatisme et un délire de plus en plus incohérent en cas de résistance au traitement. L'évolution est souvent périodique et moins déficitaire.

Schizophrénie hétérotypique et hétérotypico-catatonique

Elles touchent des sujets jeunes. Le syndrome dissociatif est plus marqué que le syndrome délirant. Elles sont plus résistantes au traitement neuroleptique et peuvent aboutir à un appauvrissement intellectuel et relationnel avec désinsertion psychosociale majeure.

Schizophrénies dysthymiques

Elles représentent des formes intermittentes et périodiques qui associent des épisodes dépressifs, maniaques ou mixtes à un syndrome dissociatif et délirant. Le risque suicidaire est majeur lors des épisodes dépressifs. Les traitements normothymiques sont efficaces.

Schizophrénies pseudo-névrotiques

Elles ont une symptomatologie d'allure névrotique. Elles sont souvent des formes de début et sont difficiles à différencier des formes graves de névroses et des états limites.

Évolution et traitement

Évolution

Elle se fait soit d'un seul tenant, soit marquée par des épisodes déficitaires ou délirants avec des périodes de rémission plus ou moins longue sans symptômes, soit vers une forme résiduelle avec une symptomatologie *a minima*.

Traitement

Le traitement de la schizophrénie nécessite une **prise en charge au long cours**. Il est parfois difficile à mettre en œuvre en raison de la nature même des troubles et du refus de soins. Le déni des troubles est très fréquent. Le traitement vise à lutter contre l'évolution de la maladie qu'il s'agisse des symptômes positifs ou négatifs et de ses conséquences, la désinsertion et l'exclusion sociale progressive.

Hidden page

PHARMACOLOGIE

DCI	Médicaments	Présentation	Posologie moyenne quotidienne	Posologie moyenne des formes retards
NEUROLEPTIQUES : BUTYROPHÉNONES (suite)				
PIPAMPÉRONÉ	<i>Dipipéron</i>	comp. à 40 mg sol. buv. 1 goutte = 2 mg	40 à 120 mg	
NEUROLEPTIQUES : THIOXANTHÈNES				
FLUPENTIXOL	<i>Fluanxol</i>	sol. buv. : 1 goutte = 1 mg	20 à 80 mg	
	<i>Fluanxol LP *</i>	amp. à 20 mg, 100 mg		20 à 300 mg toutes les 2 à 3 semaines
ZUCLOPENTHIXOL	<i>Clopixol</i>	comp. à 10 mg, 25 mg sol. buv. : 1 goutte = 1 mg	20 à 150 mg	
	<i>Clopixol A Action semi-prolongée*</i>	amp. à 50 mg, 100 mg		50 à 100 mg tous les 2 à 3 jours
	<i>Clopixol A Action Prolongée*</i>	amp. à 200 mg		200 à 400 mg toutes les 2 à 4 semaines
NEUROLEPTIQUES : BENZAMIDES				
SULTOPRIDE	<i>Barnétil</i>	comp. à 100 mg, 400 mg sol. buv. : 1 goutte = 10 mg	400 à 1 200 mg	
SULPIRIDE	<i>Dogmatil</i>	gél. à 50 mg comp. à 200 mg sol. buv. : 1 càc = 25 mg amp. à 100 mg	200 à 1 600 mg	
	<i>Synedil-Gé</i>	gél. à 50 mg sol. buv. : 1 càc = 25 mg	100 à 600 mg	
	<i>Synedil Fort- Gé</i>	comp. à 200 mg amp. à 100 mg	200 à 600 mg	
	<i>Sulpiride Bayer</i>	comp. à 200 mg gél. à 50 mg	100 à 600 mg	
AMISULPRIDE	<i>Sollan</i>	comp. à 400 mg, 100 mg, 200 mg — amp. à 200 mg	200 à 600 mg	
TIAPRIDE	<i>Tiapridal</i>	comp. à 100 mg amp. à 100 mg sol. buv. : 1 goutte = 5 mg	200 à 400 mg	
	<i>Tiapride Panpharma</i>	comp. à 100 mg amp. à 100 mg	100 à 400 mg	
	<i>Equillium-Gé</i>	comp. à 100 mg	100 à 300 mg	
	<i>Tiapride Merck</i>	comp. à 100 mg	100 à 300 mg	
NEUROLEPTIQUES : DIBENZO-OXAZÉPINE				
OLANZAPINE	<i>Zyprexa</i>	comp. à 5 mg, 7,5 mg, 10 mg Vélotab à 5 mg, 7,5 mg, 10 mg	5 à 20 mg	
LOXAPINE	<i>Loxapac</i>	comp. à 25 mg, 50 mg amp. à 50 mg sol. buv. : 1 goutte : 1 mg	50 à 300 mg	

* Neuroleptiques retard

Hidden page

Hidden page

SCHIZOPHRÉNIE (suite)

Objectifs

M. L. doit :

- accepter son traitement;
- gérer ses autosoins;
- exprimer des demandes réalistes en lien avec ses besoins.

Interventions infirmières

Planifier les actions suivantes :

- Évaluer dans quelle mesure les idées délirantes affectent la satisfaction des besoins personnels :
 - incitation à effectuer ses soins d'hygiène;
 - surveillance de l'équilibre alimentaire;
 - administration et vérification des prises du traitement médical;
 - surveillance des effets secondaires indésirables des neuroleptiques (sommolence, sécheresse de la bouche, dyskinésies, hypotension orthostatique, allergie...);
 - expliquer la nécessité d'un traitement spécifique.
- Soins relationnels et éducatifs :
 - analyser les signes cliniques qui permettent d'évaluer :
 - le niveau de réalité des demandes de M. L.,
 - la qualité des interactions (signes verbaux et non verbaux),
 - l'expression des affects;
 - informer M. L. de son hospitalisation et des conditions de prise en charge;
 - créer un climat d'alliance thérapeutique qui engage M. L. dans un processus de soins en partenariat;
 - assurer une présence rassurante en favorisant les relations interpersonnelles;
 - favoriser l'expression verbale en relevant la description que fait M. L. de ses perceptions délirantes ou non;
 - valoriser les centres d'intérêt de M. L.;
 - soutenir ses capacités de communication;
 - mettre en place des entretiens de relation d'aide afin de déterminer les techniques de communication thérapeutiques appropriées (écoute active, feedback, reformulation...);
 - inciter à une participation à des activités qui l'invitent à s'exprimer et à se situer dans un groupe (lutter contre l'isolement);
 - améliorer les ressources du patient qui permettent d'élaborer projet de sortie;
 - favoriser la socialisation par l'intermédiaire d'ateliers thérapeutiques, de groupes de parole et/ou de réunions soignants/soignés;
 - vérifier si M. L. peut compter sur une personne ou un service ressource.

Résultats escomptés

M. L. :

- retrouve une qualité de communication adaptée;
- assume ses autosoins de façon autonome.

Plan de soins : M. L. à sa sortie de l'unité de soins

• **Prise en charge efficace du programme thérapeutique** par le patient liée à une observance du projet de soins.

Caractéristiques ou signes

- Possibilité d'atteindre un état de santé compatible avec une sortie de l'unité de soins.
- Acceptation du programme thérapeutique.
- Diminution notable du délire et des hallucinations.
- Volonté du patient d'éviter la rechute.

- Choix de vie compatible avec la gestion de ses autosoins au quotidien.

- Reprise de contact avec des personnes ressources de son environnement (réseau de soutien adéquat).

Facteurs favorisants

- Un niveau de communication favorisant l'expression des demandes et des besoins, et les interactions soignants/soignés.
- Un potentiel d'autonomie physique et psychique.
- Un environnement d'accueil favorable (domicile, ressources financières...).
- Un suivi thérapeutique sur le secteur psychiatrique.
- Une capacité de socialisation.

Objectifs

M. L. doit :

- comprendre la nécessité de son programme thérapeutique intégré à ses habitudes de vie;
- adopter une hygiène de vie compatible avec la nécessité de soins psychiatriques;
- venir régulièrement aux consultations médicales;
- participer aux activités thérapeutiques dans le cadre d'une structure à temps partiel.

Interventions infirmières

- Préparation à la sortie :

- vérifier si M. L. accepte la nécessité de prendre tous les jours son traitement, l'interruption du traitement pouvant entraîner une rechute;
- informer le patient sur le traitement prescrit;
- évaluer ses capacités d'autonomie de retour à domicile;
- informer sur les signes prodromiques de rechute;
- favoriser des habitudes de bonne hygiène de vie (propreté, alimentation, repos);
- encourager M. L. à accepter l'intervention à domicile d'un infirmier pour vérifier l'état sanitaire du logement;
- aider M. L. à organiser et à entretenir son domicile en instituant des visites à domicile (VAD);
- prévoir des rencontres avec les infirmiers référents extrahospitaliers sur le secteur;
- solliciter l'assistante sociale pour demander des aides financières.

- À la sortie :

- inciter M. L. à suivre le programme de soins;
- envisager un suivi ambulatoire au CMP pour l'observance du traitement et la consultation avec le psychiatre et l'infirmier référent;
- aider le patient à s'organiser, et à prendre des décisions cohérentes;
- mettre en place une relation d'aide et de soutien infirmier soit par téléphone et/ou par des VAD. Éviter l'isolement du patient. Maintenir la continuité de la prise en charge;
- soutenir M. L. à participer à des activités de loisir;
- définir un suivi à temps partiel au CATT (travail sur les différentes formes de communication);
- mobiliser des ressources autour du patient (aide au maintien au domicile).

Résultats escomptés

M. L. :

- intègre le programme de soins à ses habitudes de vie;
- maintient ses capacités de relations avec autrui;
- ne présente pas d'aggravation de son état mental.

● **Les neuroleptiques atypiques** sont mieux tolérés, en particulier ils ont moins d'effets neurologiques et cholinergiques.

Les neuroleptiques atypiques sont des neuroleptiques nouveaux caractérisés par :

– leur faible potentiel sédatif. Ils n'induisent pas le syndrome d'inertie-passivité propre à la classe des neuroleptiques;

– leur action réductrice sur la symptomatologie déficitaire, le retrait, l'apragmatisme;

– des effets indésirables moins marqués dans le domaine des dyskinésies aiguës ou des syndromes parkinsoniens;

– le *Léponex* (clozapine) est réservé aux formes résistantes de schizophrénie en raison de ses effets secondaires impliquant un contrôle régulier de la NFS sur un carnet spécial (risque d'agranulocytose).

● **Les neuroleptiques à action prolongée** semblent faciliter la compliance dans les traitements au long cours.

► **LES PSYCHOTHÉRAPIES INDIVIDUELLES** ont pour but de permettre au patient de vivre une relation au

monde et aux autres moins menaçante et moins destructrice. Ce sont le plus souvent des psychothérapies de soutien, toutefois le recours à des psychothérapies plus structurées est possible (psychothérapies d'inspiration analytique, psychodrame, thérapies cognitivo-comportementales, art-thérapie).

► **DES ENTRETIENS AVEC LA FAMILLE OU LES PROCHES** sont nécessaires au cours de l'évolution. Une alliance thérapeutique avec la famille est utile au traitement. Dans certains cas, des thérapies familiales (systémiques ou analytiques) pourront être proposées.

► **LES SOCIOTHÉRAPIES** ont pour objectif d'éviter une désocialisation et d'aider à la réinsertion par le biais d'activité (travail aménagé, loisir, création, expression...).

► **DES MESURES SOCIALES** (demande de reclassement professionnel, demande d'allocation adulte handicapé, demande d'aide au logement) peuvent être nécessaires, ainsi que parfois des mesures de protections des biens.

Les psychoses non dissociatives ou syndromes délirants chroniques

Les délires chroniques sont classés en fonction du mécanisme délirant prévalent : l'interprétation pour les délires paranoïaques, les hallucinations pour les délires hallucinatoires chroniques, l'imagination pour les paraphrénies.

Ils commencent plus tard, vers 35 ans, il n'y a pas de syndrome dissociatif, et l'élaboration délirante est lente et progressive

Les délires paranoïaques

Le délire survient le plus souvent sur une personnalité paranoïaque qui associe orgueil, méfiance, psychorigidité, fausseté du jugement. L'élaboration délirante est lente, insidieuse à partir d'une intuition, d'un doute, d'une suspicion. Le délire est systématisé, logique et cohérent et se développe autour d'un ou deux thèmes. Ils comprennent les

délires passionnels, les délires d'interprétation et les délires sensitifs.

● **L'évolution de ces délires** est émaillée de moments féconds, de moments d'exaltation ou de dépression qui peuvent parfois amener à consulter. Dans les délires passionnels, le *risque de passages à l'acte et d'actes médico-légaux* est important.

● **Le traitement** comprend une approche psychothérapeutique très prudente et un traitement neuroleptique.

Les délires passionnels

La participation affective est dominante (adhésion totale à l'idée délirante), avec le développement d'interprétations délirantes autour d'une idée prévalente. Il s'agit de l'érotomanie, de délire de jalousie, des délires de revendication.

► **L'ÉROTOMANIE** est l'illusion délirante d'être aimé. Elle comporte classiquement trois phases : une première phase d'espoir avec interventions et poursuites incessantes auprès de « l'être aimé », puis vient la phase de découragement, bientôt de dépit avec ressentiment, enfin la phase de rancune avec chantage, menaces voire passage à l'acte contre l'objet aimé.

► **LE DÉLIRE DE JALOUSIE** est favorisé par un apPOINT éthylique. La suspicion de l'infidélité du conjoint devient bientôt une certitude absolue. Il ne faut jamais sous-évaluer le risque de passage à l'acte agressif.

► **LES DÉLIRES DE REVENDICATION** sont fréquents et reposent sur la conviction absolue d'avoir subi un préjudice ce qui amène tôt ou tard les sujets à intenter des procès, qu'ils s'agissent d'inventeurs méconnus convaincus d'avoir fait « la » découverte, de délires de filiation, de délires de revendication hypochondriaque...

Les délires de relations des sensitifs

Il s'agit d'idées délirantes de persécution (impression d'hostilité, de brimades, de vexations venant des proches – famille, voisins, collègues) et d'idées de référence (« on parle de moi », « on rit de moi »...) chez des personnalités sensibles (timides scrupuleux, vulnérables...).

Les délires d'interprétations systématisés

Ces délires s'élaborent à partir d'une perception ou d'une impression réelle puis tout prend une signification personnelle (« on s'occupe de moi », « on me regarde »...), tout est interprété. Le délire est systématisé (développement ordonné et cohérent à partir d'un thème délirant ou de thèmes logiquement enchaînés). Les thèmes essentiels sont la persécution, la mégalomanie et les idées de référence.

La psychose hallucinatoire chronique

Le début est souvent brutal, marqué par la survenue d'hallucinations auditives (bruits, voix injurieuses ou menaçantes), cénesthésiques (fourmillements, ondes, atouchements), olfactives, d'un automatisme mental (écho de la pensée, impression de vol de la pensée, de divulgation de la pensée et des actes), d'un syndrome d'influence. Progressivement le délire s'élabore autour de thèmes de persécution, de grandeur, de jalousie.

● **Le traitement neuroleptique** permet la disparition des hallucinations et la mise à distance des idées délirantes ou l'enkystement du délire.

Hidden page

ÉTUDE DE CAS

PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE (suite)

- **Angoisse majeure** : l'anxiété est liée à la conviction délirante d'être persécutée et de vivre dans un univers hostile, d'être atteinte de maladies graves et invalidantes. Il est important que l'infirmière ait une attitude d'écoute et de réassurance. Elle devra évaluer l'intensité de l'angoisse et les risques qui en découlent.
- **Peur liée à une perte de contact avec la réalité** se manifestant par le sentiment d'être victime de son environnement (se croit suivie par une bande de pickpockets), un sentiment de préjudice et de spoliation (sa tutrice a utilisé son argent), des altérations des perceptions sensorielles auditives (entend Giscard toute la nuit), des idées délirantes à thèmes sexuel (sa voisine est l'amante de Giscard) et hypocondriaque (se croit atteinte d'une amibiase résistante, d'un cancer et du Sida).
- **Risque d'agressivité** lors de moments féconds du délire : face à un sentiment d'insécurité, M^{me} C. qui délire exprime un état de détresse qui l'amène à réagir violemment dans certaines situations. Il est essentiel que l'infirmière se montre disponible pendant le temps nécessaire à la patiente pour exprimer ses idées et son vécu, afin d'établir une relation thérapeutique positive. Il n'est pas question de convaincre un délirant qu'il a tort surtout dans les moments aigus, mais d'introduire un doute avec tact.
- **Altérations des opérations de la pensée** (discours décousu, barrages, propos interprétatifs et délirants), M^{me} C. attribue à d'autres des préoccupations qui lui sont propres mais qui ont pour elle une signification particulière.
- **Bizarrie et maniérisme.**
- **Perturbations du sommeil** : l'insomnie se manifeste chez M^{me} C. par des difficultés d'endormissement, des réveils fréquents avec déambulations nocturnes et des plaintes auprès des infirmiers de nuit, la demande constante de somnifères.
- **Perte de l'appétit.**
- **Isolement social** (ne peut sortir de chez elle car elle se sent épiée).

Facteurs favorisants

Ils correspondent aux situations qui contribuent au développement du problème. Ils permettent d'orienter le plan de soins et de prendre en compte les besoins de la personne.

Dans le cas de M^{me} C., les réactions à son problème de santé sont reliées aux facteurs favorisants suivants :

- le sentiment de menace (perturbation de l'estime de soi);
- la non-observance du programme thérapeutique (rechute);
- la réactualisation d'une situation stressante mettant en péril son intégrité psychique (stratégie d'adaptation inefficace);
- le manque de réseau de soutien.

Objectifs

M^{me} C. doit :

- accepter de prendre son traitement;
- retrouver l'appétit et un meilleur sommeil;
- exprimer ses peurs, et pouvoir critiquer le contenu délirant de son discours;
- participer aux activités thérapeutiques du service.

Interventions infirmières**Planifier les actions suivantes**

- Évaluer dans quelle mesure les idées délirantes affectent la satisfaction des besoins fondamentaux et des soins :

- surveillance de l'équilibre alimentaire;
- favoriser un sommeil réparateur;
- éviter les situations de stress;
- administration et vérification des prises du traitement médical;
- surveillance des effets secondaires indésirables des neuroleptiques (sommolence, sécheresse de la bouche, dyskinésies, hypotension orthostatique, allergie...);
- expliquer la nécessité d'un traitement spécifique.

• Soins relationnels et éducatifs :

- analyser les signes cliniques qui permettent d'évaluer les risques de décompensation dépressive;
- informer M^{me} C. sur son hospitalisation et les conditions de prise en charge;
- mettre en place des entretiens de relation d'aide afin de donner un sens à cet épisode et comprendre l'intérêt d'une thérapeutique;
- permettre à M^{me} C. d'exprimer ses émotions et sentiments, ses craintes;
- créer un climat d'alliance thérapeutique qui engage M^{me} C. dans un processus de soins en partenariat;
- assurer une présence rassurante en attirant l'attention de M^{me} C. sur des éléments rattachés à des événements réels;
- l'inciter à participer à des activités qui l'invitent à s'exprimer et à se situer dans un groupe (lutter contre l'isolement), favoriser la socialisation par l'intermédiaire d'ateliers thérapeutiques, de groupes de parole et/ou de réunions soignants/soignés;
- valoriser les ressources de la patiente qui permettent d'élaborer le projet de sortie;
- vérifier si M^{me} C. peut compter sur une personne ou un service ressource.

Résultats escomptés

- M^{me} C. retrouve une perception de la réalité satisfaisante, ne se sent plus en danger;
- assume ses besoins personnels de façon autonome.

Plan de soins : M^{me} C. à sa sortie de l'unité de soins

- **Recherche d'un meilleur niveau de santé** liée à une possibilité de critique des éléments pathologiques.

Caractéristiques ou signes

- diminution notable du délire et des hallucinations;
- critique des éléments délirants;
- désir d'atteindre un état de santé compatible avec une sortie de l'unité de soins;
- acceptation du programme thérapeutique;
- reprise de contact avec des personnes ressources de son environnement (membres de sa famille).

Facteurs favorisants

- un environnement d'accueil favorable (domicile, ressources financières...);
- un suivi thérapeutique sur le secteur psychiatrique;
- la connaissance des signes de la pathologie par M^{me} C.;
- la capacité de socialisation.

PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE (suite)**Objectifs**

M^{me} C. doit :

- adopter une hygiène de vie compatible avec la nécessité de soins psychiatriques;
- venir régulièrement aux consultations médicales;
- participer et proposer des activités thérapeutiques dans le cadre du CATTp.

Interventions infirmières

- Vérifier si M^{me} C. a compris la nécessité de prendre tous les jours son traitement, l'interruption du traitement peut entraîner une rechute, tout comme les tentatives du patient à gérer seul ses symptômes.
- Évaluer les capacités d'autonomie de retour à domicile.
- Analyser de quelle façon le délire interfère sur ses habitudes de vie, la gestion de sa santé.
- Informer sur les signes prodromiques de rechute.

- Prévoir des rencontres avec les infirmiers référents du CMP et du CATTp.
- Envisager un suivi ambulatoire au CMP pour l'observance du traitement et la consultation avec le psychiatre et l'infirmier référent.
- Mettre en place une relation d'aide infirmière par l'instauration d'un soutien soit par téléphone et/ou par des VAD lors de moments cruciaux où M^{me} C. manifeste une recrudescence de troubles du comportement avec tendance au repli sur soi.
- Définir un suivi à temps partiel au CATTp (travail sur l'estime de soi), maintien de la continuité de la prise en charge.

Résultats escomptés

M^{me} C. :

- satisfait ses autosoins;
- maintient ses capacités d'avoir des relations avec autrui;
- ne présente pas de danger pour elle-même.

Paraphrénie

Elle est rare, commence entre 30 et 40 ans. Le délire est essentiellement imaginaire très riche et souvent poétique, qu'il prenne la forme d'une fabulation ou d'une création fantastique.

Les neuroleptiques sont peu efficaces, mais l'insertion sociale et professionnelle est longtemps préservée.

DSM-IV

Le concept de schizophrénie est apparu tardivement dans l'histoire de la psychiatrie et suscite toujours des débats contradictoires.

Historique du concept de schizophrénie

1814 : Pinel et Esquirol individualisent respectivement :

- Une idiotie acquise.
- Une démence survenant avant 25 ans.

1860 : Morel isole au sein des démences « vésaniques » (sans étiologie reconnue) une « démence précoce » du sujet jeune.

1871 : Hecker décrit l'hébéphrénie, syndrome d'affaiblissement mental touchant les adolescents.

1874 : Kahlbaum individualise une « folie avec tension musculaire » et évolution démentielle : la catatonie.

1899 : Kraepelin, dans la 6^e édition de son traité, regroupe sous le terme de démence les trois formes pathologiques que sont :

- L'hébéphrénie.
- La catatonie.
- La forme délirante paranoïde.

1911 : Eugen Bleuler conteste l'entité kraepelinienne de démence précoce qu'il considère comme un groupe syndromique. Dès lors la « schizophrénie » est un trouble fondamental correspondant à la désagrégation ou dissociation de la personnalité.

Il décrit deux modalités d'expression de la maladie :

- Les signes primaires de type déficitaire.

- **Les signes secondaires** marqués par la productivité délirante.

Et complète les trois formes cliniques identifiées par Kraepelin par la schizophrénie simple : forme mineure du syndrome schizophrénique.

1924 : Claude décrit des formes pseudo-névrotiques de schizophrénies ou « schizoses ».

Ces auteurs différencient la schizophrénie en tant que délire chronique à évolution dissociative :

- **Des psychoses délirantes aiguës** ou bouffées délirantes polymorphes à explosion brutale et évolution transitoire.

- **Des psychoses puerpérales propres** aux suites du post-partum.

- **Des délires chroniques non dissociatifs** :

- les délires systématisés paranoïaques,
- les paraphrénies,
- les psychoses hallucinatoires chroniques.

L'école anglo-saxonne, d'évolution plus tardive, englobe l'ensemble des manifestations délirantes sous le terme de troubles psychotiques.

En 1944, Strauss, puis Crow en 1980 différencient sur la base de corrélations anatomo-cliniques :

- **Des formes négatives de schizophrénie** avec anomalies cérébrales (atrophie cortico-sous-corticale), début précoce, évolution déficitaire.

- **Des formes productives** moins incapacitantes. Cette distinction n'est plus formelle.

La schizophrénie

La classification anglo-saxonne des maladies mentales ou DSM-IV

Concrétise la conception anglo-saxonne des délires en englobant schizophrénie et autres troubles psychotiques comme un ensemble caractérisé par :

- les troubles de la pensée;
- une altération de la perception de la réalité;
- plus ou moins associées à des idées délirantes et des hallucinations.

Critères diagnostiques de la schizophrénie

- **Critère A** : *Symptômes caractéristiques* : deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps, pendant une période d'un mois (ou moins

quand elles répondent favorablement au traitement) :

- idées délirantes;
- hallucinations;
- discours désorganisé (coq-à-l'âne fréquents ou incohérence);
- comportement grossièrement désorganisé ou catatonique;
- symptômes négatifs (émoussement affectif, alogie, ou perte de volonté).

Un seul symptôme du critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres, ou si une voix commente en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, plusieurs voix conversent entre elles.

- **Critère B** : *Dysfonctionnement social/des activités* : pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation.

- **Critère C** : *Durée* : des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins six mois.

- **Critère D** : *Exclusion d'un trouble schizoaffectif et d'un trouble de l'humeur*.

- **Critère E** : *Exclusion d'une affection médicale générale/due à une substance*.

- **Critère F** : *Relation avec un trouble envahissant du développement*.

Sous-types de schizophrénie

► **TYPE PARANOÏDE**. Un type de schizophrénie qui répond aux critères suivants :

- **Critère A** : une préoccupation par une ou plusieurs idées délirantes ou par des hallucinations auditives fréquentes.

- **Critère B** : aucune des manifestations suivantes n'est au premier plan : discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique, ou affect abasé ou inapproprié.

► **TYPE DÉSORGANISÉ**. Un type de schizophrénie qui répond aux critères suivants :

- **Critère A** : toutes les manifestations suivantes sont au premier plan :
 - discours désorganisé,

Hidden page

logiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

Il peut être ou pas en relation avec des facteurs de stress marqués (psychose réactionnelle brève), avec début lors du post-partum (si les symptômes surviennent dans les 4 semaines qui suivent l'accouchement).

► **TROUBLE PSYCHOTIQUE PARTAGÉ** (folie à deux).

● **Critère A** : survenue d'idées délirantes chez un sujet en relation étroite avec une ou plusieurs personnes, ayant déjà des idées délirantes avérées.

● **Critère B** : le contenu des idées délirantes est similaire à celui de la personne ayant déjà des idées délirantes avérées.

● **Critère C** : la perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble psychotique ou un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

► **TROUBLE PSYCHOTIQUE DÙ À UNE AFFECTION MÉDICALE.**

● **Critère A** : hallucinations ou idées délirantes au premier plan.

● **Critère B** : mise en évidence d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens

complémentaires, d'une affection médicale générale dont la perturbation est la conséquence physiologique directe.

● **Critère C** : la perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.

● **Critère D** : la perturbation ne survient pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un delirium.

► **TROUBLE PSYCHOTIQUE INDUIT PAR UNE SUBSTANCE.**

● **Critère A** : les caractéristiques essentielles sont la survenue d'hallucinations ou d'idées délirantes prononcées.

● **Critère B** : l'histoire de la maladie, l'examen physique, les examens complémentaires permettent de mettre en évidence soit que les symptômes du Critère A sont apparus pendant une intoxication, un sevrage ou dans le mois qui a suivi, soit que la prise d'un médicament est liée étiologiquement à l'affection.

● **Critère C** : l'affection n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique non induit par une substance.

● **Critère D** : l'affection ne survient pas de façon exclusive au cours de l'évolution d'un delirium.

Hidden page

Troubles des conduites instinctuelles

6

Les troubles des conduites instinctuelles se caractérisent par des perturbations plus ou moins graves qui peuvent concerner le comportement alimen-

taire, sexuel, le sommeil et la consommation de substances toxiques.

Troubles des conduites alimentaires

Définition

Les troubles des conduites alimentaires se caractérisent par des perturbations graves du comportement alimentaire.

Ce chapitre comprend deux diagnostics spécifiques : l'anorexie mentale et la boulimie. L'anorexie mentale se caractérise par le refus de maintenir le poids corporel à une valeur minimum normale.

La boulimie se caractérise par des épisodes répétés de crises de boulimie suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques et autres médicaments, jeûne, exercice physique excessif.

Une altération de la perception de la forme et du poids corporels est une caractéristique essentielle à la fois de l'anorexie mentale et de la boulimie.

Anorexie

La morbidité est de 1 à 2 % dans la population des 12-19 ans ; il existe donc près de 40 000 anorexiques en France dans cette population.

Le sex-ratio est de 1 homme pour 9 femmes.

L'anorexie est une pathologie grave avec une mortalité importante : 5 à 9 % de décès.

Formes cliniques

► **ANOREXIE AVEC ÉPISODES BOULIMIQUES.** Les épisodes boulimiques émaillent très souvent le cours de l'anorexie. Le pronostic de ces formes est moins bon que dans celles où l'anorexie est isolée.

CLINIQUE DE L'ANOREXIE MENTALE DE L'ADOLESCENTE

On note une triade symptomatique qui est l'installation progressive de Anorexie-Aménorrhée-Amaigrissement :

- L'**anorexie mentale** désigne un refus volontaire de toute alimentation.
- L'**aménorrhée** coïncide, ou suit le plus souvent la restriction alimentaire. Elle est primaire ou secondaire en fonction de son installation avant ou après la puberté.
- L'**amaigrissement** est important, rapide, spectaculaire, toujours secondaire à l'altération des conduites alimentaires.

La triade symptomatique coexiste avec des signes qui reflètent le conflit psychique de l'anorexique :

- Un **trouble de l'image du corps** (dysmorphophobie).
- Une **attitude de déni** à l'égard des troubles avec indifférence macabre à la maigreur.
- L'**hyperactivité** et le **surinvestissement moteur** contrastent avec l'amaigrissement et les signes somatiques associés.
- Le **surinvestissement des tâches intellectuelles** est caractéristique.
- L'**affectivité** est bloquée, la vie sexuelle inexistante et les contacts sociaux réduits malgré une pseudo-adaptation sociale.

Signes somatiques

- Dénutrition avec fonte musculaire.
- Altération des phanères.
- Œdèmes de carence.
- Constipation.
- Hypotension artérielle.
- Bradycardie.
- Troubles circulatoires des extrémités.
- Les examens biologiques témoignent également du retentissement de la dénutrition.

Voir NCI 13, 3^e édition, pages 128-130.

- **Forme réactionnelle.** Cette forme est liée à un traumatisme récent : deuil, échec, conflit.

La dimension dépressive est souvent présente. Le pronostic est généralement favorable.

- **Forme chez le garçon.** L'anorexie masculine est très rare, elle débute le plus souvent en période prépubertaire.

ANOREXIE MENTALE

Circonstances de l'hospitalisation

M^{lle} V. 19 ans, étudiante en droit, entre dans le service au mois de novembre.

Elle est originaire de province et réside dans un appartement qu'elle partage avec une autre étudiante. Ses parents exercent des professions libérales. Elle a un frère cadet qui est au collège.

Elle est blonde, grande, a une présentation soignée mais frappe par sa maigreur. Elle est en restriction alimentaire depuis le mois de mai. À cette période la mère signale avoir découvert l'utilisation régulière de laxatifs et avoir fait le lien avec un stress éventuel en période d'examen. M^{lle} V. a un parcours scolaire brillant, elle est très investie dans ses études, faisant abstraction de tout moment de détente ou de loisirs renforçant ainsi un isolement social.

Elle évoque une période où elle a été végétarienne ce qui lui a permis d'atteindre un poids de 40 kg pour 1,67 m. À l'entrée dans le service M^{lle} V. pèse 32 kg. Elle ne présente pas d'altération de l'état général important, ni escarre, ni œdème. On note une aménorrhée depuis un an, un ralentissement psychomoteur et une fatigue importante. Elle exprime un désir de guérison car les complications de son état et le risque de perdre une année d'étude l'inquiètent. Elle accepte l'hospitalisation et le contrat de soins.

Diagnostic médical et traitement

Anorexie mentale avec perte de poids importante et aménorrhée.

Un contrat de soins est proposé à M^{lle} V.

Ce contrat prévoit :

- qu'elle accepte une aide diététique;
- une surveillance stricte pendant les repas et après;
- l'interdiction de sorties hors du pavillon et de visites y compris de sa famille;
- la durée du séjour sera en fonction de la prise de poids;
- M^{lle} V. est également informée des dangers de la restriction alimentaire par l'évaluation de son incidence somatique.

Diagnostic infirmier

● **Déficit nutritionnel** lié à une ingestion alimentaire réduite se manifestant par un état d'amaigrissement et une aménorrhée.

Objectif

M^{lle} V. doit stabiliser progressivement son poids dans un délai de 4 semaines.

Actions

Les différentes actions entreprises devront faire l'objet d'un contrat de soins auquel la patiente devra adhérer. La relation

avec l'anorexique est personnalisée et peut se traduire plus particulièrement par l'intervention d'un infirmier référent.

- La patiente est installée en chambre individuelle.
- Un inventaire exhaustif des effets personnels est effectué en présence de la patiente (risque de dissimulation de laxatifs).
- Élaboration avec la diététicienne et la patiente des apports nutritionnels quotidiens (choix d'aliments susceptibles de lui plaire, quantités).
- Définir le poids prévu et les étapes de progression.
- Exercer une surveillance stricte au moment des repas et après les repas, afin de noter les quantités ingérées et éviter que la patiente aille vomir discrètement.
- Élaboration et mise en place de la courbe de poids, planifier les pesées (même heure, même tenue). Cette courbe peut être placée dans la chambre de la patiente.
- Effectuer une surveillance quotidienne des paramètres (pouls, tension température) et en noter les résultats sur la feuille de surveillance.
- Planifier des entretiens infirmiers réguliers afin de faire le point sur les difficultés rencontrées par la patiente ou ses craintes par rapport à la prise de poids.
- Valoriser la patiente à chaque gain de poids et la « récompenser » par des autorisations à communiquer par téléphone, par courrier, puis plus tard à recevoir des visites.
- Valoriser sa transformation corporelle souvent mal acceptée.
- Transcrire tous les éléments observés ou recueillis dans le dossier de soins infirmiers.
- Transmettre l'ensemble des informations lors des rencontres pluridisciplinaires afin d'optimiser la prise en charge.

Évaluation

- la patiente respecte le contrat;
- reprise progressive du poids ciblé;
- comportement adapté.

Dans le cadre des troubles des conduites alimentaires plusieurs diagnostics infirmiers peuvent être formulés, en voici quelques exemples :

- **Anxiété** liée à la peur de prendre du poids.
- **Perturbation de l'image corporelle** liée à une perception illusoire de son propre corps.
- **Perturbation de l'estime de soi** liée au besoin de plaire aux autres pour se faire accepter.
- **Perturbation des interactions sociales** liée au repli sur soi et à la peur d'être rejetée.

● **Forme prépubertaire.** C'est une forme sévère, avec un retentissement sur la croissance. L'aménorrhée est ici primaire.

Évolution et pronostic

L'évolution est dominée par deux dangers majeurs : la mort et la chronicité.

5 à 9 % des anorexiques décèdent. Le plus souvent

le décès est le résultat d'un accident intercurrent (désordre métabolique, arrêt cardiaque par troubles de la conduction...).

Les rechutes sont fréquentes puisqu'elles concernent la moitié des cas et peuvent déboucher sur une chronicité des troubles.

Enfin, la guérison concerne 50 à 60 % des cas lorsqu'on prend comme unique critère la disparition de la triade symptomatique.

Prise en charge et traitement

C'est une urgence médico-psychiatrique. La thérapeutique est à mettre en place le plus tôt possible. La séparation du milieu familial doit passer par le biais d'une hospitalisation.

Celle-ci doit permettre à la patiente de s'ouvrir à d'autres modes relationnels et de modifier certains comportements.

Les soins hospitaliers permettent aussi une rééquilibration hydro-électrolytique et une réalimentation progressive.

Les conditions d'hospitalisation, dans un premier temps, ne permettent ni visite, ni correspondance, ni permission.

En accord avec la patiente un contrat de poids, voire deux sont passés :

- un poids de levée d'isolement. Lorsque celui-ci est atteint, les conditions d'hospitalisation sont modifiées (autorisation des visites, permissions...);
- un poids de sortie d'hôpital.

La pesée est quotidienne et surveillée.

La réalimentation est progressive, les menus sont réalisés avec la collaboration d'une diététicienne.

La surveillance des repas est continue, ainsi que le dépistage des vomissements postprandiaux et l'utilisation de laxatifs.

Toute prise en charge thérapeutique dépend de la capacité de la patiente à reconnaître l'existence des troubles et à demander une aide.

La prise en charge psychothérapique est indispensable en raison du trouble grave de la personnalité et de la fréquence des rechutes.

Dans certains cas une psychothérapie familiale peut être proposée en complément d'une psychothérapie individuelle d'inspiration analytique le plus souvent.

Les psychotropes sont utilisés en fonction des symptômes associés (insomnie, angoisse, dépression...).

Boulimie

Ce sont des épisodes d'ingestion impulsive et incoercible de quantités importantes de nourriture hypercalorique, généralement accompagnées de culpabilité et parfois suivies de vomissements provoqués ou d'une prise de médicaments amaigrissants.

La boulimie atteint environ 2 % de la population occidentale féminine et son incidence est en cours d'augmentation.

Cette fréquence est multipliée par 4 dans la population adolescente, soit 8 %.

L'âge moyen d'apparition des troubles se situe autour de 19 ans. Le poids est normal dans 2/3 des cas en raison des vomissements qui sont associés à ces troubles.

Clinique des accès boulimiques

Certains auteurs comparent la boulimie à une conduite toxicomaniaque ; en effet, pendant l'accès, la nourriture est engloutie plus que savourée.

L'accès boulimique est une surconsommation alimentaire impérieuse, irrésistible (sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire), rapide (en moins de 2 heures), de survenue brutale, d'aliments hypercaloriques, réalisée en cachette, accompagnée d'une sensation de plaisir.

La fin de l'accès est effective lorsque la patiente n'a plus rien à manger.

Elle ressent parfois un soulagement transitoire ou plus souvent un profond malaise physique (douleurs abdominales, nausées, céphalées...), psychique (honte, culpabilité, autodépréciation).

Cette sensation de malaise est suivie d'une alcoolisation ou de vomissements provoqués, puis réflexes.

Formes cliniques

On distingue 2 sous-types :

- **Type avec vomissements** ou prise de purgatifs (vomissements provoqués et/ou emploi abusif de laxatifs, diurétiques).
- **Type sans vomissements**, ni prise de purgatifs.

Évolution

La boulimie débute généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Les crises de boulimie commencent fréquemment pendant ou après une période de régime alimentaire restrictif.

L'évolution peut être chronique ou intermittente, avec des périodes de rémission alternant avec la

Hidden page

L'**abus** ou l'usage nocif est caractérisé par une consommation répétée entraînant des répercussions sévères sur les plans somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement.

Données épidémiologiques

En France, malgré une diminution globale de la consommation moyenne d'alcool pur par adulte et par an (27,2 g en 1960; 21,2 g en 1983), on dénombre environ 5 millions de buveurs excessifs, dont près de 2 millions d'alcoolodépendants.

L'alcool représente la 3^e cause de décès après les maladies cardiovasculaires et le cancer.

L'alcool est rendu responsable d'environ 1 suicide sur 4.

Le coût social global lié aux problèmes d'alcool est de 17,6 millions d'euro (14 pour le tabac, 2 pour les drogues illicites), soit environ 1 % du PIB.

Divers types de manifestations cliniques et leur prise en charge

Intoxication aiguë

► **IVRESSE SIMPLE.** Elle se traduit par une phase d'excitation psychomotrice (alcoolémie entre 0,8 et 2 g).

État de désinhibition, d'euphorie avec labilité émotionnelle, agressivité, logorrhée, familiarité excessive.

Dès ce stade, on observe une atteinte de la vigilance, de la perception, de la mémoire qui sont susceptibles de perturber la conduite automobile.

Puis une incoordination motrice ou ébriété (> 2 g) :

● **Troubles de la vigilance majeure** allant de la torpeur à la somnolence.

● **Présence d'un syndrome cérébelleux**, vestibulaire et de troubles de la vision.

À la phase de coma (<3 g) : les pupilles sont en mydriase aréactives, le sujet est hypotherme, la tension artérielle est basse.

► **IVRESSES PATHOLOGIQUES.** Elles concernent essentiellement les alcooliques chroniques.

Pour retenir un tel diagnostic, il faut avoir éliminé toutes les autres causes de confusion chez l'alcoolique.

Ces ivresses ont une durée plus longue que les ivresses simples et se terminent par un sommeil comateux et une amnésie totale de l'accès.

● **Forme excitomotrice :** pendant plusieurs heures, le sujet présente un accès paroxystique de fureur aveugle et incontrôlable.

Il brise tout, hurle, frappe tout ce qui passe à sa portée.

Ces formes excitomotrices induisent fréquemment des violences conjugales, familiales ou sociales.

Ce type de comportement souvent répétitif a été à l'origine de la loi de 1954 sur les alcooliques dangereux : cette loi prévoyait leur hospitalisation « d'office » dans une structure spécifique afin d'y être sevrés et désintoxiqués.

● **Forme hallucinatoire :** le sujet est en proie à des hallucinations visuelles ou auditives terrifiantes, avec risque majeur de passage à l'acte impulsif dangereux.

La thématique est celle des formes oniriques de confusion, ou de jalousie.

● **Forme délirante :** les thématiques sont surtout mégalomaniaques, de jalousie (avec risque d'actes médico-légaux), de persécution ou de préjudice.

● **Forme convulsive :** l'alcool abaisse le seuil épileptogène et peut induire des crises comitiales.

● **Forme dépressive :** l'ivresse peut s'exprimer sur un mode dépressif allant de la simple tristesse avec larmes jusqu'à des raptus dépressifs majeurs comportant un risque suicidaire.

Intoxication chronique

Elle est rapidement patente bien que le sujet n'en soit pas conscient.

En témoignent :

- l'érythrose, l'aspect vultueux du visage ;
- le subictère conjonctival ;
- l'odeur cétonique de l'haleine ;
- la trémulation des lèvres et des extrémités.

À un degré de plus s'ajoutent à ce tableau :

- les sueurs ;
- les atteintes somatiques gastriques, hépatiques, neurologiques ;
- et aussi la modification du caractère marquée par l'irritabilité, un désintérêt avec manque d'attention

et de concentration, une labilité de l'humeur, des perturbations du sommeil.

À ce stade, le comportement social et professionnel est affecté.

Manifestations cliniques d'ordre psychiatrique

► **DÉLIRE ALCOOLIQUE CHRONIQUE.** À la différence des délires secondaires aux ivresses, les délires chroniques constituent une organisation délirante stable.

► **IDÉES FIXES POST-ONIRIQUES.** C'est la persistance d'une idée délirante non critiquée après la survenue d'un épisode de delirium tremens, par exemple.

► **HALLUCINOSE DES BUVEURS.** Elle survient soit dans un contexte de sevrage, soit dans le cadre d'un excès alcoolique.

Le tableau se caractérise par un syndrome délirant subaigu à thèmes de persécution flous où prédomine l'activité hallucinatoire (hallucinations acoustico-verbales).

On note une grande participation affective et une dimension anxieuse importante à recrudescence vespérale avec risque de passage à l'acte.

Il n'y a pas de désorientation, d'obnubilation et de troubles mnésiques.

L'évolution est le plus souvent favorable sous traitement (sevrage et traitement neuroleptique) en quelques semaines.

Le risque est le passage à la chronicité constituant une psychose hallucinatoire des buveurs.

► **PSYCHOSE HALLUCINATOIRE DES BUVEURS.** C'est la forme la plus fréquente des délires alcooliques chroniques.

Les manifestations cliniques comportent un syndrome délirant à thèmes de persécution, de jalousie aux mécanismes multiples : hallucinations acoustico-verbales et visuelles, fabulations.

L'évolution se fait vers une détérioration mentale progressive ou un enrichissement du délire. Malgré un traitement bien conduit, le pronostic reste sombre.

► **DÉLIRE PARANOÏAQUE.** C'est une complication assez fréquente de l'intoxication alcoolique chronique, elle réalise un syndrome délirant systématisé à thème de jalousie le plus souvent de mécanisme interprétatif.

La participation affective est massive, passionnelle avec un risque de passages à l'acte hétéroagressifs (surtout si le patient est désinhibé par l'alcool).

MANIFESTATIONS CLINIQUES D'ORDRE NEUROLOGIQUE

Voir NCI 13, 3^e édition, pages 151-152.

• Encéphalopathies :

– *Encéphalopathie de Gayet-Wernicke* : elle touche le plus souvent les alcooliques chroniques dénutris, carencés en vitamine B₁ et implique la recherche d'un facteur de décompensation : infection intercurrente, vomissements...

– *Syndrôme de Korsakoff* au cours duquel l'alcoolique s'invente des souvenirs pour masquer ses troubles mnésiques qui, portant d'abord sur les événements récents, finissent par englober toute sa biographie. L'intoxication alcoolique par avitaminose B₁ entraîne une lésion bilatérale des corps mamillaires.

– *Encéphalopathies carencielles en vitamines B₁, folates, B₆, B₁₂, PP.*

• Démences alcooliques :

– *Démence par atrophie cortico-sous-corticale* : la principale particularité de cette démence est son amélioration, voire sa régression après sevrage prolongé et une vitaminothérapie intensive.

– *Maladie de Marchiafava-Bignami* : c'est une dégénérescence du corps calleux qui survient dans un contexte d'alcoolisme chronique sévère.

– *Sclérose laminaire de Morel* : c'est une description purement anatomique et histologique découverte à l'autopsie des alcooliques chroniques.

• *Atrophie cérébelleuse* soupçonnée sur les troubles de la marche qui devient ébrieuse et la dysarthrie.

• Complication métabolique :

– *Encéphalopathie porto-cave* : le tableau associe *flapping tremor* (tremblement intense) des membres supérieurs, rigidité extrapyramidale, troubles de la conscience allant de la confusion jusqu'au coma.

• *Myélinolyse centro-pontine* : démyélinisation de la région centrale du pont avec tétraplégie et syndrome pseudo-bulbiare, rapidement fatale.

Hidden page

Hidden page

ALCOOLISME

Circonstances de l'hospitalisation

M. M., 38 ans, est adressé dans le service par l'infirmière psychiatrique de la préfecture de police après son interpellation par la police pour troubles du comportement sur la voie publique dans un contexte d'alcoolisation massive.

À l'arrivée le patient est agité, logorrhéique, il tient des propos orduriers et menaçants à l'égard du personnel. On observe un état d'incurie majeur, une charge pondérale faible, des lésions cutanées et des rougeurs au niveau de la face.

Lors de l'entretien avec le médecin, M. M. dit entendre des voix positives et négatives et demande un traitement car il a peur de ne pas pouvoir se contrôler.

M. M. vit seul, il est sans emploi, sans domicile fixe et perçoit le revenu minimum d'insertion. Sa mère est décédée d'un accident de la voie publique alors qu'il avait 20 ans et il n'entretient plus de contact avec sa famille.

Au cours de l'hospitalisation, les relations de M. M. sont conflictuelles; il s'introduit dans les chambres des autres patients afin d'y dérober des effets personnels et autres objets. Il néglige ses soins corporels malgré les sollicitations de l'équipe. Il nie l'importance de son alcoolisme, exige que l'on accède à ses demandes et ne supporte pas l'attente et le refus.

Diagnostique infirmiers

« **Risque de violence envers soi ou envers les autres** lié à un sevrage brutal se manifestant par des propos menaçants et hostiles envers l'entourage

Objectifs

M. M. doit :

- manifester sa maîtrise de soi par une attitude détendue et un comportement non violent;
- reconnaître le problème de la violence;
- comprendre les raisons de l'apparition de sa violence.

Actions

Elles exclurent le mépris ou les propos moralisateurs; il est essentiel de considérer l'alcoolique comme un malade dont la trajectoire de soins peut être longue et marquée de nombreuses rechutes.

- Installer le patient en chambre individuelle, la chambre devra être bien éclairée (l'obscurité peut augmenter l'agitation anxieuse et par conséquent le risque de violence).
- Procéder à l'inventaire de ses effets personnels et veiller à ce qu'il ne détienne aucun objet dangereux.
- Déceler les facteurs qui déclenchent le comportement violent.
- Accepter la colère du patient sans réagir de façon émotive. Lui permettre d'exprimer sa colère de façon acceptable et lui rappeler que le personnel soignant interviendra en cas de nécessité.
- Réhydrater le patient et lui laisser à sa disposition de l'eau en quantité suffisante.

Évaluation

- Noter les réactions du patient.
 - Noter les objectifs atteints ou les progrès accomplis.
- « **Incapacité partielle d'effectuer des soins d'hygiène** liée à une situation de précarité se manifestant par une négligence de son hygiène corporelle.

Objectifs

M. M. doit :

- reconnaître la nécessité d'effectuer des soins d'hygiène;

- adopter les techniques et habitudes visant à la satisfaction de ses besoins en matière de soins personnels.

Actions

- Rechercher les éléments ou facteurs qui contribuent à l'opposition (crainte, pudeur, problème médical concomitant).
- Déceler les obstacles à la participation du patient (instabilité ou incapacité).
- Se montrer disponible pour être à l'écoute des sentiments du patient face à la situation.
- Planifier, en accord avec le patient, les interventions relatives aux soins d'hygiène.
- Établir un climat de confiance et préserver son intimité pendant qu'il accomplit ses soins d'hygiène.
- Inciter le patient à adopter de bonnes pratiques d'hygiène et à se fixer des objectifs favorisant la santé.
- Expliquer au patient ses droits et ses responsabilités en matière de soins de santé et d'hygiène.
- Noter les progrès accomplis et le niveau d'implication du patient.
- Féliciter le patient et l'encourager dans sa progression.

Évaluation

- Le patient exécute ses soins d'hygiène sans sollicitation.
- Le patient reconnaît les pratiques propices à la santé.

La sortie

Lorsque le patient a pris conscience des troubles psychologiques qu'il présentait, lorsqu'il les perçoit comme une maladie liée à l'abus d'alcool, lorsque ces troubles ont régressé et qu'il accepte une prise en charge thérapeutique, une sortie peut être programmée, dont la première étape sera un séjour dans un centre spécialisé de postcure alcoolique. Il participera dans ce centre à des groupes de réflexion sur l'alcoolisme, poursuivra sa désintoxication et ses soins tant psychiques que somatiques. Son abstinence sera contrôlée lors des sorties à l'extérieur. Il y restera au moins 6 semaines.

Avant son départ, son retour aura été anticipé : une sauvegarde de justice est mise en place et une mesure de curatelle est demandée, tant du fait des troubles du jugement résiduels, que de sa tendance à « investir » son RMI dans l'alcool. Il a été informé de cette démarche par le médecin, et son référent infirmier lui rappelle la nécessité pour lui d'assurer son quotidien.

Parallèlement, une chambre d'hôtel est retenue pour la date de son retour : l'Association du service participera au règlement de cette chambre jusqu'à obtention d'une aide au logement.

La prise en charge ambulatoire est organisée selon 3 modes :

- **Suivi psychologique** sur le CMP du secteur (un rendez-vous est prévu dans les jours qui suivront sa sortie de la postcure).
- **Suivi somatique** par un médecin généraliste. Comme M. M. n'a pas de généraliste attitré, il est orienté vers un médecin conventionné du secteur.
- **Soutien associatif** par l'Association « vie libre » dont M. M. aura déjà rencontré des responsables lors d'une permission préparatoire à la sortie.

L'équipe infirmière l'accompagnera tout au long des premières phases de ce retour afin d'éviter une rechute lors de la confrontation à ses difficultés sociales.

Elle facilitera les relations avec l'hôtelier, avec sa curatrice, programmera des rendez-vous pour des entretiens infirmiers sur le CMP, veillera au maintien de son hygiène corporelle et l'incitera à participer aux activités du CATTIP.

Les toxicomanies

Définition

Le concept de toxicomanie fut introduit au début des années 1920. Sa signification varie selon l'idéologie, les techniques et le savoir propres aux différents professionnels amenés à intervenir dans ce domaine (médecins, sociologues, magistrats...).

Dans le champ médical, les concepts de drogue et toxicomanie reposent sur la notion de pharmacodépendance.

Dans le DSM-IV, la dépendance à une substance correspond au mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative.

Parmi la multitude des définitions, certaines sont plus spécifiquement utilisées dans la pratique courante.

► **DÉPENDANCE PHYSIQUE** : état adaptatif de l'organisme caractérisé par l'apparition de troubles physiques parfois intenses lorsque l'administration du produit est suspendue brusquement. Leur ensemble constitue le syndrome de sevrage, d'abstinence ou de manque.

► **DÉPENDANCE PSYCHIQUE** : désir souvent irrésistible de répéter les prises afin de retrouver les sensations agréables éprouvées lors de l'absorption de substances.

Ces deux notions de dépendance ne sont pas qualitativement distinctes mais traduisent deux aspects étroitement corrélés d'une seule et même notion.

► **TOLÉRANCE** : diminution des effets sur l'organisme d'une dose fixe d'une substance au fur et à mesure de son utilisation. Elle se traduit par la tendance à augmenter les doses à chaque prise et à rapprocher les prises.

La toxicomanie peut également se concevoir sous l'angle des conduites addictives.

Celles-ci se définissent comme un ensemble de conduites dominées par un besoin impérieux (recherche du plaisir) et la substance susceptible de le satisfaire.

► **SUR LE PLAN CLINIQUE**, on peut distinguer trois modes de consommation de drogues :

● **La consommation occasionnelle** : dans ce type de consommation, on ne retrouve pas de dépendance ; la prise est occasionnelle, irrégulière, voire

unique. On ne retrouve pas de traits de personnalité spécifiques et on note l'importance de l'effet d'entraînement.

● **L'abus de drogue** est défini par l'apparition d'une dépendance psychologique de plus en plus importante. Il n'existe pas encore de syndrome de sevrage.

● **La dépendance toxicomaniaque** : elle représente le niveau de dépendance le plus élevé associant une dépendance physique, psychologique et sociale.

L'abord de la toxicomanie doit tenir compte de la **substance**, de sa signification pour le sujet, de l'existence d'une tolérance à l'égard d'une ou des drogues, d'une dépendance psychique et/ou physique à l'égard de la drogue (la pharmacodépendance aux médicaments en participe), et de **ses répercussions**, c'est-à-dire les conséquences nuisibles pour l'individu, son entourage et plus globalement la société, liées à la motivation du sujet, au désir invincible ou à la nécessité de poursuivre la consommation de drogue, l'amenant à se la procurer par tous les moyens.

Les produits

La définition de la drogue est variable, son hétérogénéité traduit la disparité des intervenants. Ainsi le système judiciaire envisage les drogues en fonction de l'aspect illicite des produits ; les intervenants en toxicomanie, plutôt en fonction des critères de dépendance.

Classification clinique des drogues

Voir tableau 6.2.

Données épidémiologiques

- 100 000 à 150 000 toxicomanes en France ;
- âge de début : 17 à 23 ans ;
- population la plus atteinte : homme 20-25 ans ;
- sex-ratio : 3 hommes/1 femme ;
- les 2 substances les plus utilisées sont le cannabis et l'héroïne ;

– les polytoxicomanies sont fréquentes, cependant les héroïnomanes sont les plus représentés dans les institutions.

Toxicomanie aux opiacés

- La fabrication de la morphine débute par l'extraction de l'opium du pavot blanc.
- Les principaux dérivés de l'opium sont : la morphine, l'héroïne, la codéine, la pholcodine.
- D'autres substances sans posséder de noyau morphine dans leur structure, ont une action pharmacologique voisine.

Il s'agit de :

- la péthidine (*Dolosal*);
- la buprénorphine (*Subutex*);
- le dextromoramide (*Palfan*);
- le dextropropoxyphène (*Di-Antalvic, Propofan*), qui ont tous des effets actifs sur les syndromes douloureux.

Intoxication aiguë aux opiacés

► **LE FLASH EST UNE SENSATION VIOLENTE** qui survient immédiatement après l'injection intraveineuse d'héroïne avec une sensation de plaisir intense (orgasmique), une euphorie, une tendance à la somnolence, des altérations de l'attention et de la mémoire, des manifestations telles que prurit, bradycardie, hypotension, nausées, myosis.

Après le flash, persistance de l'euphorie pendant une durée de 3 à 6 heures, avec retrait du toxicomane dans son monde de bien-être (la planète).

► **OVERDOSE (SURDOSAGE)** : elle constitue un coma calme, avec une dépression respiratoire, un myosis serré, une bradycardie vagale, des troubles du rythme et une hypothermie.

Syndrome de sevrage aux opiacés

Il apparaît dans les 8 à 10 heures après la dernière prise.

- Maximum d'intensité après 48 heures.
- **Tableau pseudo-grippal** : larmoiement, rhinorrhée, hypersudation, frissons, hyperthermie, asthénie.
- Mydriase.

Tableau 6.2. Substances utilisées comme drogues.

Famille	Effet	Drogues
Psychodysléptiques (qui entraînent une distorsion de la pensée et du fonctionnement intellectuel).	Stupéfiant	– Opium et dérivés : • morphine, • codéine, • héroïne. – Dérivés morphiniques de synthèse : • méthadone, • buprénorphine. – Produits de fabrication illicite.
	Hallucinogène	– Cannabis. – LSD 25. – Mescaline. – Psilocybine. – Ice (chlorhydrate de méthamphétamine).
	Enivrant	– Alcool. – Éther. – Poppers. – Trichloréthylène. – Colle, etc.
Psycholeptiques (sédatifs).	Sédatif	– Benzodiazépines. – Barbituriques. – Carbamates.
Psychotoniques (ou stimulants).	Stimulant	– Mineurs : • café, • tabac, • chocolat, • thé, • khat.
		– Majeurs : • cocaïne, • crack, • amphétamines et dérivés : ecstasy, anorexigènes.

- Myalgies, lombalgies.
- Nausées, vomissements, diarrhée.
- Agitation anxieuse, syndrome confusionnel.

Toxicomanie au cannabis

● Le cannabis est la drogue la plus largement répandue dans le monde.

● Le principe actif du chanvre est le THC (tétrahydrocannabinol), particulièrement dans sa forme 9-delta.

● La plante entière produit du THC (feuille, résine, fleur). La demi-vie du THC est de 8 jours. Son élimination est principalement fécale et rénale.

► LE CANNABIS se consomme de différentes façons :

- **L'herbe** (marijuana, kif), inhalée en pipe.
- **Le haschich** (shit), résine sous forme de pain compact, inhalée en pipe, en cigarette (titre en THC jusqu'à 40 %).
- **Huile de cannabis**, appliquée sur papier à cigarette (titre en THC jusqu'à 60 %).

Intoxication aiguë

Elle entraîne : euphorie, sensation de bien-être, désinhibition, illusions, état extatique, dépersonnalisation, modification de l'espace-temps.

On peut observer des décompensations anxieuse, dépressive ou délirante.

Les signes physiques associés comprennent une tachycardie, une sécheresse de la bouche.

La dépendance physique est inexistante, cependant la tolérance est importante conduisant à l'augmentation des doses consommées.

Toxicomanie à la cocaïne

- C'est un alcaloïde extrait de la feuille de coca.
- Elle se présente sous la forme d'une poudre blanche que l'on inhale par voie nasale. L'administration se fait parfois en sous-cutané ou en IV.
- Elle peut être associée en IV à l'héroïne (speed ball).

Effets psychologiques et physiologiques.

Intoxication aiguë

Elle associe une sensation de bien-être, d'euphorie, une hyperactivité physique, une hypersensibilité.

On peut noter une pâleur du visage, une mydriase. Il existe une asthénie lors de l'atténuation des symptômes.

À long terme (après plusieurs semaines d'intoxication), on peut observer un tableau comparable à celui dû aux amphétamines.

Il existe des idées délirantes à thèmes de persécution, des hallucinations visuelles, auditives et cénesthésiques.

On peut observer des érosions des muqueuses nasales liées aux inhalations répétées pouvant aboutir à une perforation des cloisons nasales.

Une intoxication massive peut entraîner une détresse respiratoire ou un arrêt cardiaque.

Traitements substitutifs

La prise en charge des toxicomanes aux opiacés inclut maintenant la prescription de médicaments de substitution représentés par la méthadone et la buprénorphine (*Subutex*). Ces traitements s'intègrent dans le cadre d'une stratégie thérapeutique d'ensemble de la dépendance visant à terme le sevrage : prise en charge médicale, sociale et psychologique. Le traitement de substitution n'est pas un simple remplacement d'une drogue par une autre.

► LES PRINCIPAUX OBJECTIFS sont :

- **Stabiliser l'usager de drogue** afin de le réinscrire dans une dynamique de soins.
- **Supprimer les signes de sevrage** consécutifs à l'arrêt d'héroïne.
- **Réduire l'appétence à l'héroïne.**
- **Réduire les risques inhérents à la consommation d'héroïne** : réduction des risques infectieux liés à la pratique d'IV à l'aide de seringues collectives (il existe des centres de distribution de seringues pour éviter ce risque), sortie du monde de la délinquance et de la criminalité, amélioration de la qualité de vie, appropriation de repères existentiels, aide à la réinsertion sociale, professionnelle, affective...

Substitution par la méthadone

La prescription initiale est faite en centre spécialisé de soins aux toxicomanes.

La réalité de la pharmacodépendance aux opiacés doit être vérifiée avant l'instauration d'un traitement par la méthadone : examen clinique, anamnèse, analyse urinaire.

La posologie exacte est celle qui permet au patient de ne plus ressentir le besoin de consommer de l'héroïne (posologie inférieure à 100 mg).

L'administration se fait sous forme orale : sirop en récipient unidose de 5, 10 ou 60 mg.

L'ordonnance peut être établie par un médecin généraliste, sur carnet à souches, ne pouvant excéder une durée de 7 jours.

Des analyses urinaires sont effectuées régulièrement pour contrôler l'absence de prises d'opiacés.

ÉTUDE DE CAS

TOXICOMANIE

Circonstances de l'hospitalisation

M. C., âgé de 30 ans, est adressé dans le service par la consultation psychiatrique d'orientation et d'accueil où il s'est présenté pour une demande d'hospitalisation. M. C. est héroïnomanie depuis 6 ans. Il a quitté sa région il y a 10 ans à la suite d'une rupture sentimentale. Titulaire d'un CAP de cuisine, il travaille dans un restaurant.

Il n'a pas de domicile fixe et vit dans un squat avec des marginaux et notamment des toxicomanes. M. C. dit avoir effectué plusieurs tentatives de sevrage ces trois dernières années, mais toutes se sont soldées par des échecs.

À son arrivée dans le service, M. C. est effondré, il exprime une grande détresse, il souhaite sortir de sa dépendance car ne voit plus d'issue dans l'avenir, il dit qu'il est un bon à rien et a tout raté dans sa vie. On note par ailleurs une altération de l'état général à type d'amaigrissement et un état dentaire désastreux.

M. C. accepte les conditions de l'hospitalisation pour commencer une cure de sevrage, sous Catapressan (clonidine) qui lui est administré à raison de 1 comp. à 15 mg toutes les 4 heures pendant 4 jours puis à dose progressivement dégressive durant 10 jours. Parallèlement un bilan somatique complet est effectué avec son accord, prévoyant une recherche biologique HIV, Hépatite C qui s'avèrent négatives.

Diagnostique infirmiers

• Recherche d'un meilleur niveau de santé lié au désir de changer de mode de vie, se manifestant par une demande de soins.

Objectifs

M. C. doit :

- respecter le contrat de soins;
- modifier ses habitudes en fonction de ses objectifs de santé.

Actions

- Fixer un cadre thérapeutique stable sur la base d'un contrat de soins qui aura pour objectif l'adhésion du patient.
- Préciser les limites avec fermeté (pas de visite afin d'écartier tout risque d'approvisionnement en substances toxiques).
- Responsabiliser le patient par rapport à ses engagements liés au contrat de soins.
- Élaborer avec le patient et plus particulièrement avec le soignant référent un plan de soins adapté et individualisé.
- Effectuer un inventaire strict des effets personnels afin d'éviter toute dissimulation de produits ou de médicaments.
- Installer le patient en chambre individuelle, éviter toute cohabitation avec un autre toxicomane.
- Planifier des temps d'écoute et d'échange pour aider le patient à verbaliser ses inquiétudes.
- Cerner la part de manipulation et de souffrance.
- Diriger le patient vers le service social de l'unité pour résoudre la problématique du logement.
- Noter le degré d'observance et les observations infirmières sur les supports appropriés.

Évaluation

Le contrat de soins est respecté.

Le patient connaît les facteurs contribuant à la situation actuelle.

• Perturbation de l'estime de soi liée à son comportement toxicomane et à des situations d'échec se manifestant par une dévalorisation.

Objectifs

M. C. doit :

- retrouver une meilleure estime de lui-même;
- prendre conscience de ses sentiments et de la dynamique qui le porte à se percevoir de façon négative;
- exprimer des jugements positifs sur lui-même.

Actions

- Situer le patient face à son manque d'estime de soi dans le contexte actuel.
- Définir l'estime de soi fondamentale du patient, l'image qu'il a de lui-même.
- Rechercher avec le patient les aspects de sa personne qui peuvent être mis en valeur, repérer ses points forts.
- Planifier des temps d'échanges et aider le patient à exprimer ses inquiétudes ou ses pensées négatives, sans porter de jugement de valeur ou tenir des propos moralisateurs.
- Faire sentir au patient qu'on le sait capable de s'adapter à la situation qu'il vit.
- Proposer des activités afin de le stimuler pour qu'il formule des désirs et prenne du plaisir.
- Utiliser ces activités comme des moyens médiateurs pour favoriser les échanges et permettre au patient de verbaliser ce qu'il ressent.
- Noter et évaluer les points de progression.

Évaluation

M. C. retrouve une meilleure estime de lui-même.

M. C. évoque des projets d'avenir positifs.

Sortie

À la suite de cette évaluation positive, la sortie de M. C. est programmée.

Cependant, malgré son amélioration, il reste très vulnérable et craint de rechuter s'il n'a pas un soutien médicamenteux substitutif.

Il est donc, préalablement à sa sortie, adressé dans un centre de suivi spécialisé pour toxicomanes où est prévu un traitement substitutif par la Méthadone.

Les modalités du traitement lui sont expliquées :

- il ira tous les matins au centre pour recevoir son flacon journalier contenant 30 mg de Méthadone, sauf le week-end où la dose journalière couvrira 2 jours;
- il sera l'objet de contrôles inopinés pour vérifier son abstinence aux autres substances opiacées, et pourra à sa demande rencontrer son référent infirmier.

L'équipe de cette structure lui trouvera une place dans un foyer. Parallèlement, il sera suivi sur le CMP de son secteur sur le plan psychologique.

Substitution par le Subutex

La buprénorphine permet de supprimer le syndrome de manque et l'envie d'héroïne sans effets opiacés supplémentaires lorsque le patient est traité à posologie substitutive optimale par voie sublinguale.

La prescription peut être faite par tout médecin après examen médical; cependant pour une prise en charge efficace, il est recommandé d'avoir une pratique en réseau associant centres de soins spécialisés pour les toxicomanes, médecins généralistes, pharmaciens et centre hospitalier.

L'ordonnance doit être établie sur un carnet à souches pour une durée ne pouvant excéder 28 jours.

L'administration se fait par voie orale avec des comprimés sublinguaux. L'induction du traitement se fait par paliers de 2 mg/jour pour atteindre une posologie de 4 à 16 mg/jour.

L'utilisation n'est pas recommandée en cas de grossesse ou d'allaitement.

Complications psychiatriques de la toxicomanie

Confusion mentale, accès délirant.

Les épisodes confusionnels s'observent lors d'un excès ou un sevrage de toxiques.

Les épisodes délirants aigus, secondaires à la prise de toxiques, s'observent fréquemment à la suite d'une prise de cannabis, d'hallucinogènes ou de psychostimulants (amphétamines, cocaïne).

Pharmacopsychose

La définition en est complexe car elle recouvre plusieurs notions différentes, selon la présence ou non d'une pathologie psychotique préexistante, la réponse au traitement neuroleptique et l'évolution lors du sevrage.

► TROIS APPROCHES SONT PROPOSÉES :

- Une manifestation psychotique aggravée par la prise de toxiques, chez les psychotiques chroniques.

- Une manifestation psychotique révélée par la prise de toxiques (décompensation d'une psychose préexistante à l'occasion de la prise de toxiques).

- Une manifestation psychotique chronique déclenchée uniquement par la prise de toxiques et qui disparaît sous traitement.

Syndrome déficitaire ou amotivationnel

Il associe :

- Un déficit de l'activité sociale, un apragmatisme, une perte des initiatives.

- Un déficit du fonctionnement intellectuel : asthénie, difficultés de concentration, troubles mnésiques.

- Un déficit de l'humeur et de l'affectivité : indifférence affective, émoussement émotionnel.

Le syndrome déficitaire apparaît dans les intoxications prolongées (cannabis, opiacés, psychostimulants, barbituriques, alcool), plus particulièrement dans la période de sevrage.

Syndrome dépressif

Un tableau authentiquement dépressif peut, fréquemment, émailler l'évolution d'une toxicomanie.

Le tableau clinique est souvent masqué par l'effet des toxiques.

Troubles anxieux, troubles du sommeil

Ils sont constants au cours de toutes les toxicomanies, plus particulièrement dans les périodes de sevrage.

Démence

Les démences d'origine toxique sont rares. Elles se rencontrent lors de la prise de solvants, de barbituriques ou lorsque l'alcool est associé aux toxiques.

Troubles du sommeil

Introduction

Les perturbations du sommeil sont fréquentes dans la population générale et parmi les patients présentant des troubles psychiatriques.

L'insomnie est la pathologie la plus fréquemment retrouvée, elle concerne jusqu'à 30 % de la population.

Selon le DSM-IV on peut classer les troubles du sommeil en 3 groupes principaux :

- les troubles primaires du sommeil;
- les troubles du sommeil liés à un autre trouble mental;
- les troubles du sommeil liés à une affection médicale générale ou induits par une substance.

Troubles primaires du sommeil

Dyssomnies

Ce sont des perturbations qui concernent la quantité, la qualité, et l'horaire du sommeil.

► **LES INSOMNIES.** L'insomnie primaire est caractérisée par des difficultés d'endormissement associées à des éveils nocturnes, une somnolence diurne et une sensation subjective de manque de repos.

Les techniques de déconditionnement, la relaxation, la prescription de sédatifs ou d'hypnotiques sur une courte période sont autant d'approches thérapeutiques.

► **LES HYPERSOMNIES.**

● **Le syndrome d'apnée du sommeil** qui comprend un ronflement majeur, des pauses respiratoires multiples, une agitation, une polyurie, une somnolence diurne, des troubles du caractère, de la mémoire et de l'humeur.

● **La narcolepsie** qui se caractérise par une somnolence diurne excessive évoluant par vagues et culminant en des accès de sommeil irrésistibles, des attaques de cataplexie ou brusque relâchement du tonus musculaire dans des circonstances émotionnelles, des hallucinations d'endormissement et des paralysies du sommeil.

● **L'hypersomnie primaire** se caractérise par un sommeil de nuit anormalement allongé, des difficultés majeures à se réveiller le matin et une som-



« — Compter, recompter, compter, recompter... cela m'empêche de dormir... »

nolence diurne quasi permanente. Le traitement repose sur la prescription de psychostimulants (amphétamines).

● **Le syndrome des jambes sans repos** associe des sensations inconfortables dans les jambes soulagées par le mouvement, pouvant gêner l'endormissement, et des myoclonies nocturnes (mouvements périodiques des jambes).

● **Le syndrome de Kleine-Levin** comprend une hypersomnolence périodique, une hyperphagie (les patients se réveillent pour manger), une désinhibition sexuelle, une agressivité. L'amnésie suit les accès. C'est un trouble observé dans l'enfance ou chez des hommes jeunes.

● **Le syndrome de Pickwick** associe classiquement chez des sujets obèses des accès d'hypersomnies, une hypoventilation pulmonaire et des apnées.

Parasomnies

● **Les cauchemars** : peuvent survenir à n'importe quel moment de la nuit au cours du sommeil paradoxal.

● **Les terreurs nocturnes** : fréquentes chez l'enfant, caractérisées par un éveil brutal, anxieux, une agitation et une amnésie de la crise au réveil.

Hidden page

des concentrations plasmatiques élevées et efficaces la nuit.

La demi-vie d'un médicament correspond à la durée moyenne de son activité efficace dans l'organisme. Ensuite, son efficacité diminue progressivement jusqu'à son élimination complète.

Hypnotiques non benzodiazépiniques

Actuellement, les barbituriques ne sont plus prescrits comme hypnotiques.

Les produits utilisés sont récapitulés dans les fiches pharmacologiques, page 104.

Troubles du comportement sexuel

Dans ce chapitre, nous ne traiterons que des paraphilies qui sont des troubles sexuels caractérisés par la présence de pulsions, fantasmes ou pratiques qui sont déviantes, inhabituelles ou bizarres.

Elles sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

L'étiologie de ces paraphilies est inconnue, mais l'existence d'expériences traumatiques survenant très tôt dans l'enfance (abus sexuel) peut jouer un rôle déterminant.

L'acte paraphilique a un caractère compulsif, les patients répètent un comportement déviant et sont incapables de contrôler leurs pulsions. Le passage à l'acte peut être suivi de sentiments de culpabilité. Ce comportement peut s'exacerber en cas de stress, d'anxiété ou de dépression.

Les traitements par psychothérapie d'orientation analytique, thérapie comportementale et chimiothérapie, seules ou associées, s'accompagnent de résultats modestes.

Les principales paraphilies

► **LA PÉDOPHILIE** : c'est la paraphilie la plus fréquente, qui consiste en une activité sexuelle (hétérosexuelle dans 95 % des cas) avec des enfants de moins de 13 ans. Il existe un risque élevé de récurrences. Ce sont des personnes qui ont une faible estime de soi et qui dans 10 à 20 % des cas ont subi une agression sexuelle avant l'âge de 18 ans.

Cette transgression sexuelle a connu ces dernières années, lors d'événements dramatiques, une forte couverture médiatique.

Elle se caractérise par une préférence sexuelle pour des enfants le plus souvent prépubères (CIM-10, Classification internationale des maladies), qui sont

incapables de donner leur consentement en toute liberté et connaissance de cause en raison de leur jeune âge et de leur immaturité psychoaffective.

Le Code pénal français sanctionne toute atteinte sexuelle commise à l'encontre d'un mineur de 15 ans ou moins et quel que soit l'âge de la victime dès lors qu'il y a violence, contrainte, menace ou surprise de la part du partenaire adulte.

Il peut s'agir d'une attirance homosexuelle ou hétérosexuelle qui conduit dans la majorité des cas à des conduites récidivistes.

L'adulte abuseur représente fréquemment pour le mineur une autorité morale (membre ou proche de la famille, enseignant...). On retrouve très souvent dans l'anamnèse du pédophile des carences affectives (mère hostile, castratrice, indifférente, ou absente) et éducatives précoces ainsi qu'un passé de maltraitance notamment sexuelle durant lequel l'abuseur était la victime.

Dans un contexte de pression sociale, familiale et le plus souvent judiciaire, la prise en charge du pédophile (où cohabitent la volonté de soigner et celle d'empêcher de nuire) repose sur des psychothérapies analytiques ou comportementales (de déconditionnement), individuelles ou de groupe, avec utilisation dans certains cas de traitements antiandrogènes (qui permettent de freiner le désir et l'activité sexuelle de ces sujets).

Des campagnes de prévention ont été menées en France ces dernières années en milieu scolaire et auprès des intervenants sociaux, afin de sensibiliser les enfants et les adultes et informer sur le soutien à l'enfant victime. Un numéro vert a également été mis en place depuis 1990.

► **L'EXHIBITIONNISME** : l'homme, en exposant ses organes génitaux en public, cherche à provo-

quer une réaction de surprise, d'effroi chez la victime ce qui le rassure sur l'intégrité de son pénis.

► **LE FÉTICHISME** est l'excitation sexuelle avec des objets inanimés, par exemple des chaussures, cheveux, vêtements...

► **LE FROTTEURISME** : c'est le fait de frotter ses organes génitaux contre une femme pour atteindre l'orgasme. Il survient le plus souvent dans des lieux bondés (transports en commun) et concerne des hommes passifs, peu affirmés.

► **LE MASOCHISME SEXUEL** : plaisir subordonné au fait d'être maltraité physiquement ou mentalement ou à des humiliations.

► **LE SADISME SEXUEL** : plaisir sexuel éprouvé en

provoquant une souffrance physique ou mentale à une autre personne. On le retrouve le plus souvent chez les hommes, il peut aller jusqu'au viol dans certains cas.

► **LE TRAVESTISME** consiste à s'habiller comme l'autre sexe. Activité le plus souvent utilisée chez les hétérosexuels dans le but d'atteindre l'excitation.

► **LE VOYEURISME** : excitation sexuelle obtenue en épiant autrui dans son intimité.

► **LA ZOOPHILIE** : activité sexuelle avec des animaux.

► **LES PARAPHILIES RELATIVES AUX FONCTIONS D'EXCRÉTION** : déféquer (coprophilie) ou uriner (urophilie) sur un partenaire ou le contraire.

Personnalité psychopathique

Depuis deux siècles ce type de personnalité est décrit par sa « dimension antisociale ».

De ce fait, des générations de psychiatres ont élaboré des théories de la sociopathie marquées par les références morales dominantes de l'époque.

Actuellement, on définit sous le terme de personnalité psychopathique, des troubles du caractère et des conduites (impulsivité, instabilité affective et professionnelle, inadaptabilité) entraînant une inadaptation sociale ou une conduite antisociale.

Le diagnostic de personnalité psychopathique repose à la fois sur des arguments biographiques et sur des traits de personnalité.

Le recueil des éléments biographiques est important car il permet de retrouver dans l'enfance et l'adolescence des troubles précoces (fugues, instabilité scolaire, opposition à l'autorité, toxicomanie...) secondaires à d'importantes carences affectives.

L'âge adulte est marqué par une trajectoire chaotique, le récidivisme, les passages à l'acte multiples.

La sémiologie comporte une instabilité affective fluctuant entre des moments d'explosions d'angoisse, une hyperémotivité et des phases d'inaffectivité apparente.

On note une instabilité thymique caractérisée par l'oscillation entre dysphorie (sentiment de vide, d'ennui) et des attitudes d'exaltation, d'optimisme.

Les passages à l'acte sont nombreux (auto- ou hétérogressifs), secondaires à des frustrations et traduisant les difficultés à mentaliser les actes.

Il peut coexister des traits hystériques (mythomanie, égocentrisme), des traits paranoïaques (méfiance, querulence) et des conduites perverses.

Les comportements ou conduites psychopathiques sont émaillés de complications psychiatriques : les crises d'agitation, les accès dépressifs avec risques de passage à l'acte suicidaire, les bouffées délirantes aiguës surtout en milieu carcéral (psychose carcérale), les complications liées aux conduites toxicomaniaques.

Troubles de la vigilance

7

La confusion mentale

Dans sa pratique quotidienne, l'infirmier peut être confronté à des cas de confusion mentale. Ce syndrome est fréquent; sa première cause est toxique (psychotropes ou alcool). Il se situe aux confins de la psychiatrie et de la médecine.

Schématiquement, les symptômes sont d'allure psychiatrique et les causes sont organiques.

Chez le patient présentant un tableau psychiatrique aigu, il peut être difficile d'en faire le diagnostic. La mise en place d'un traitement sédatif en cas d'agitation contribue au brouillage du tableau clinique et... mène parfois à l'erreur diagnostique. Il est pourtant capital que le diagnostic soit fait, et ceci sans tarder: il s'agit d'une urgence « médico-psychiatrique » et le pronostic vital est en jeu. Poser le diagnostic de confusion mentale implique la mise en route d'un bilan à la recherche d'une étiologie organique. Ceci dans le but d'entreprendre rapidement un traitement adapté, c'est-à-dire symptomatique et étiologique.

Une autre difficulté est de faire le diagnostic de confusion mentale chez un patient présentant des troubles mentaux au long cours. La comorbidité n'est pas rare et constitue un piège diagnostique. Les symptômes de la confusion mentale se mêlent alors aux symptômes de la pathologie préexistante.

Définition et sémiologie

La caractéristique dominante est une obnubilation de la conscience. Elle se traduit par un manque de lucidité et de clarté du champ de la conscience, lié à l'incapacité d'opérer une synthèse et une différenciation des contenus psychiques qui se confondent.

Cette obnubilation, cette altération de la conscience retentit sur tous les processus psychiques: mémoire, orientation, attention, facultés de synthèse, coordination des idées, compréhension.

Deux conséquences majeures en découlent:

- **Le patient est dans l'incapacité de se situer dans le temps et dans l'espace:** il présente une désorientation temporo-spatiale.

- **Il existe des troubles de la perception:** les informations visuelles, auditives, voire somesthésiques ne s'achèvent pas en perceptions claires.

Sur le plan comportemental, ceci se traduit par le maniement désordonné des objets, par l'emploi de termes inappropriés mais aussi parfois, par la présence d'hallucinations visuelles, auditives et cénesthésiques.

Enfin la perte de contact avec la réalité peut se manifester dans le langage par un discours délirant, dans l'action, par des conduites aberrantes (fuites, agression).

► **DES SIGNES CLINIQUES ÉVOCATEURS** orientent vers le syndrome confusionnel:

- **La perplexité anxieuse.**

- **La fluctuation des troubles** au cours de la journée avec une recrudescence vespérale ou nocturne.

- **Les caractéristiques du délire** quand il existe. C'est un délire onirique. Il rappelle le rêve ou plutôt le cauchemar. Il est marqué par la richesse des hallucinations visuelles. Le patient adhère à son délire (délire vécu) qui le fait agir (délire agi).

- **Les troubles de la mémoire** sont constants, avec une atteinte marquée de la mémoire de fixation d'où l'amnésie lacunaire que laisse la période confusionnelle.

- **Les troubles du sommeil** sont aussi toujours présents.

L'EEG quand il est réalisable permet:

- de confirmer le diagnostic de confusion devant les anomalies non spécifiques diffuses ou localisées

(activités lentes, ralentissement du rythme postérieur);

- de suspecter une atteinte cérébrale organique, à confirmer par les examens complémentaires (IRM-Scanner);
- de reconnaître une origine médicamenteuse ou métabolique.

Diagnostic DSM-IV et CIM-10

Le delirium du DSM-IV et de la CIM-10 correspond au diagnostic de confusion mentale dont le terme a été ainsi évité.

► CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU DELIRIUM

- **Perturbation de la conscience** (c'est-à-dire baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention.

- **Modification du fonctionnement cognitif** (telle qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou bien survenue d'une perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une démence préexistante, stabilisée ou en évolution.

- **La perturbation s'installe en un laps de temps court** (habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.

- **Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique, ou d'examens complémentaires que la perturbation est due aux conséquences physiologiques directes d'une affection médicale générale.**

Étiologie

<i>Causes toxiques</i>	Intoxication alcoolique (excès d'alcool, sevrage, encéphalopathie carencielle, encéphalopathie porto-cave). Drogues (excès ou sevrage). Médicaments (psychotropes, corticoïdes, antituberculeux). Toxiques professionnels, CO, champignons hallucinogènes.
<i>Causes endocriniennes et métaboliques</i>	Hypoglycémie. Hypercalcémie aiguë. Hyponatrémie. Porphyrie intermittente. Précoma myxoédémateux. Crise d'hyperthyroïdie. Insuffisance surrénale aiguë. Acidocétose diabétique. Insuffisance rénale chronique avec hyperazotémie. Encéphalopathie hépatique. Insuffisance respiratoire chronique. Fièvre (+ déshydratation).
<i>Causes infectieuses</i>	Méningites. Encéphalites (ex : herpétique).
<i>Causes neurologiques</i>	Traumatismes crâniens. Tumeurs cérébrales. Épilepsie. Affections vasculaires cérébrales.

Traitement

Il est étiologique et symptomatique. Il nécessite une hydratation suffisante (2 litres par 24 heures). La mise en place d'une perfusion peut être nécessaire en cas de refus d'hydrata-

tion ou en cas d'existence de troubles hydroélectrolytiques. Un traitement comportant des benzodiazépines ou des neuroleptiques s'avère souvent nécessaire. La surveillance des constantes et du comportement doit être particulièrement attentive.

CONFUSION MENTALE

Circonstances d'hospitalisation

M^{lle} K., âgée de 26 ans est adressée en hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT), demande signée par sa mère.

La veille de son hospitalisation, M^{lle} K. a tenté de se suicider par ingestion de Rohypnol (flunitrazépam) (environ 30 comprimés) et a été admise aux urgences d'un hôpital général. Elle présente un syndrome dépressif majeur avec idées suicidaires. Compte tenu de son état, elle est adressée à l'hôpital.

Accueil et symptomatologie initiale

M^{lle} K. est agitée, elle bouge sans cesse, elle tient des propos décousus incohérents. Elle ne reconnaît ni les lieux, ni les soignants de l'unité, malgré plusieurs antécédents d'hospitalisation dans cette unité de soins. La patiente est mise au calme dans sa chambre en présence d'un soignant, en attendant l'arrivée du médecin.

À l'entretien, le psychiatre constate une désorientation temporo-spatiale et des hallucinations visuelles (la patiente voit sur les murs de sa chambre des personnes de sa famille).

Biographie, antécédents, histoire de la maladie

M^{lle} K. est célibataire sans enfant. Elle a 3 sœurs et vit actuellement chez sa mère. Son père est décédé sept ans auparavant d'un infarctus du myocarde. Son seul antécédent chirurgical est une appendicectomie à l'âge de douze ans.

Elle occupe de manière irrégulière un emploi dans la restauration.

Elle a un ami toxicomane avec lequel elle entretient des relations orageuses.

Elle-même est héroïnomane depuis dix ans et a été hospitalisée à de nombreuses reprises pour des sevrages. Elle consomme par ailleurs des benzodiazépines, du cannabis et de l'alcool.

Diagnostic médical

Syndrome confusionnel chez une patiente toxicomane.

Conduite à tenir

- examen clinique;
- bilan biologique en urgence avec recherche de toxiques;
- traitement du sevrage (alcool, benzodiazépines, héroïne);
- surveillance des constantes, de l'état d'hydratation, de la conscience.

Diagnostiques infirmiers

• **Risque d'accident** lié à une altération des opérations de la pensée se manifestant par une obnubilation de la conscience avec désorientation temporo-spatiale et un délire onirique avec des hallucinations visuelles.

Objectif de soins

- que la patiente retrouve une orientation temporo-spatiale.

Interventions infirmières

- Mettre la patiente dans une chambre calme, laisser un éclairage doux et permanent dans la chambre.
- Prévenir tout risque de blessure en éliminant les dangers potentiels de l'environnement.
- Se rendre fréquemment auprès de la patiente afin de la rassurer.
- Évaluer le degré de la désorientation temporo-spatiale et de la capacité de M^{lle} K. à reconnaître les personnes. Noter les améliorations ou les changements de comportement afin d'évaluer le caractère évolutif des symptômes.
- Surveiller l'alimentation et l'hydratation en particulier et noter les données sur le dossier de la patiente.



« — Oncle Albert, tante Sophie, je vous ai reconnus... vous êtes morts. Qu'est-ce que vous faites ici avec ces rats ? »

- Aider dès que possible M^{lle} K. à se repérer dans l'espace (sa chambre, les toilettes, l'unité de soins) et dans le temps (le jour et la nuit, l'heure).

Évaluation sous 48 heures

- Repérage de l'espace.
- Reconnaissance des soignants.
- Amendement de l'agitation psychomotrice.

• **Anxiété** liée à des troubles de la perception de la réalité se manifestant par :

- une agitation psychomotrice;
- une insomnie;
- une méfiance à l'égard de l'environnement.

Objectifs de soins

- que la patiente se sente moins anxieuse et qu'elle présente des signes de détente.

Interventions infirmières

- Évaluer le niveau d'anxiété de la patiente.
- Surveiller le sommeil et noter les troubles du sommeil.
- Créer un climat de sécurité et de stabilité.
- Rester auprès de la patiente en faisant preuve de calme et d'assurance.
- Éviter l'isolement complet qui ne ferait qu'accroître l'anxiété.
- Assurer une présence infirmière (soignant référent) pour favoriser et maintenir les repères.
- Ne pas changer le patient de chambre.
- Distribuer le traitement et surveiller les prises et les effets du traitement.

Évaluation sous 48 heures

L'épisode s'est amendé en 48 heures grâce à la prise en charge : traitement médical, environnement soignant rassurant et structurant, hydratation et alimentation adaptées aux besoins de la patiente.

La résolution de l'épisode confusionnel ne marque pas la fin de l'hospitalisation : en effet bien que moins marqué, le syndrome dépressif reste patent, et c'est seulement dans un deuxième temps que sa prise en charge va pouvoir être mise en place.

Hidden page

Troubles intellectuels

8

Démence

Introduction

La démence se définit par une dégradation des fonctions intellectuelles supérieures progressive et irréversible, ce qui la différencie de :

- **L'arriération mentale** qui débute dès le plus jeune âge.
- **La confusion mentale** qui est brutale et réversible. Il faut éliminer les syndromes pseudo-démenciels : la dépression tout particulièrement, les états délirants, l'hypothyroïdie et la maladie de Biermer.

► **LA DÉMENCE SÉNILE** est la plus fréquente des démences. L'ensemble des démences touche 5 à 10 % de la population âgée de plus de 65 ans, 20 % des plus de 80 ans : l'incidence (nombre de nouveaux cas par an) augmente avec l'âge. Ainsi, l'augmentation de l'espérance de vie entraîne une augmentation du nombre de cas de démence, à l'origine d'un grave problème de santé publique.

La majorité des personnes atteintes vivent dans leurs familles, 20 % vivent seules, environ 12 % en institution. On perçoit la nécessité de développer des dispositifs de soins adaptés aux besoins en augmentation constante.

Dans sa pratique professionnelle, l'infirmière peut être confrontée à ce trouble aussi bien en ambulatoire que dans un service hospitalier. Le patient peut, non seulement être hospitalisé en neurologie ou en psychiatrie, mais aussi dans un tout autre service de soins somatiques, sans oublier un service de soins de suite ou de long séjour.

Le maintien à domicile est l'option à privilégier, tant que l'état du patient le permet. Le rôle de l'aïdant est alors primordial et un soutien matériel, organisationnel et psychologique est indispensable ; le plus souvent, l'aïdant est le conjoint ou l'un des enfants. La lutte contre l'isolement est une priorité : les services sociaux, les associations et, les réseaux d'aïdant et de personnes âgées ont une

place importante dans la prise en charge du patient dément et de sa famille.

On se doit de souligner le coût économique de la démence, et la carence en institution, d'où la nécessité de créer des services spécialisés de suivi ambulatoire et de prise en charge temps plein, et notamment de gérontopsychiatrie.

Critères diagnostiques DSM-IV des démences non spécifiques

Selon la classification internationale, l'ensemble de ces critères doit être satisfait.

- **Apparition de déficits cognitifs multiples** et au moins l'une des perturbations cognitives suivantes :
 - aphasie ou détérioration du langage ;
 - apraxie ou « incapacité à réaliser une activité gestuelle malgré des fonctions motrices et sensorielles intactes et le maintien de la capacité à comprendre les consignes » ;
 - agnosie ou « incapacité à reconnaître ou identifier les objets malgré des fonctions sensorielles intactes » ;
 - perturbations des fonctions exécutives (capacité à penser de façon abstraite, à planifier, initier, organiser son temps, contrôler et arrêter un comportement complexe).

L'ensemble de ces perturbations est assez grave pour entraîner une altération significative du fonctionnement social ou professionnel et évolue de façon progressive vers un déclin continu.

- **Altération de la mémoire précoce et dominante** : avec une capacité altérée à apprendre des informations nouvelles, et un oubli des informations antérieures.

S'y associent, de façon aléatoire, une série de troubles mentaux tels que :

- une désorientation temporo-spatiale ;
- une pauvreté du jugement avec méconnaissance de la maladie ;

- quelquefois des comportements violents ou suicidaires;
- une désinhibition avec familiarité excessive;
- des idées délirantes souvent à thème de persécution;
- des hallucinations essentiellement visuelles.

Toutes ces caractéristiques varient en fonction de la culture et de l'âge.

Elles différencient les démences des autres troubles cognitifs par :

- l'absence d'obscurcissement de la conscience;
- la mise en évidence d'un facteur organique et l'exclusion des troubles mentaux non organiques.

Signes cliniques

Les troubles intellectuels, d'intensité modérée au début, s'aggravent progressivement, retentissant sur l'adaptation sociale. Souvent, des signes neurologiques sont présents à un stade avancé. Au maximum, le patient peut devenir grabataire.

Troubles de la mémoire

Ils sont précoces. Ils sont constitués de troubles de la mémoire à court terme, avec des oublis dans la vie quotidienne, des difficultés à apprendre des informations nouvelles, et des troubles de la mémoire à long terme qui portent d'abord sur des événements neutres d'actualité, de politique. Les souvenirs à forte charge affective sont longtemps conservés et notamment les souvenirs d'enfance et de jeunesse.

Troubles de l'orientation

Au début, ce sont le plus souvent des troubles de l'orientation temporelle. À un stade avancé, ils sont constants et portent à la fois sur l'orientation temporelle et l'orientation spatiale.

Troubles de l'attention

Ils contribuent à la difficulté d'apprentissages nouveaux.

Troubles du raisonnement

On observe une perte de la capacité d'abstraction, une altération des fonctions de synthèse, d'ana-

lyse, de construction logique d'où l'impossibilité de résoudre des problèmes simples.

Troubles du jugement

On observe une perte de la capacité de critique (absence de critique des histoires absurdes), une absence d'autocritique et une diminution du sens éthique, aboutissant à des conduites d'infractions sociales, en particulier de nature sexuelle.

Troubles du langage

Il s'agit d'un appauvrissement du langage avec oublis de noms propres, puis de termes techniques, enfin de termes usuels. Cette diminution du stock verbal explique les persévérations, l'utilisation de formules toutes faites, de mots passe-partout, les mauvaises qualités des réponses (incomplètes, vagues, stéréotypées, inadéquates, écholaliques).

Troubles praxiques

C'est l'incapacité de réaliser des activités gestuelles retentissant sur l'habillement, la toilette, l'alimentation. La présentation du patient est marquée par la négligence, voire l'incurie.

Troubles de la somatognosie

Perte de la reconnaissance des objets, des visages, des sons.

Troubles psychiatriques

Longtemps minimisés, ils sont très fréquents et peuvent être à l'origine d'une hospitalisation ou d'une institutionnalisation.

- **Modification du caractère** ou accentuation de traits pré morbides.
- **Troubles du sommeil** : cauchemars, insomnie.
- **Apathie**.
- **Anxiété** très fréquente.
- **Irritabilité, agressivité**.
- **Dépression** qui peut à la fois accompagner le syndrome démentiel et constituer un diagnostic différentiel.
- **Plaintes hypocondriaques** à l'origine de nombreuses consultations de médecine.
- **Idees délirantes de persécution**, de préjudice le plus souvent.

Hidden page

Hidden page

PROTOCOLE JURIDIQUE

LA PROTECTION DES BIENS

Elle figure dans la loi du 3 janvier 1968 concernant la protection des incapables majeurs : elle concerne l'adulte majeur dans l'incapacité d'effectuer les actes de la vie civile (exemples : acheter ou vendre des biens, voter...). Les personnes à protéger présentent une altération des facultés mentales liée à la maladie, à l'infirmité ou à l'affaiblissement dû à l'âge.

Il existe trois régimes de protection des biens : la sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle.

- **La sauvegarde de justice** est la plus légère de ces mesures de protection puisqu'elle est provisoire et que le patient conserve sa capacité civile et civique. Au cours des hospitalisations, cette mesure est souvent effectuée en urgence sur déclaration médicale au procureur de la République du lieu de traitement et prend effet immédiatement. Sa durée est de deux mois, renouvelable de six mois en six mois. Elle peut aussi être décidée par le juge du tribunal d'instance du lieu d'habitation du patient dans l'attente de la mise en place d'une tutelle ou d'une curatelle. Ce régime permet d'effectuer les actes nécessaires à la conservation des biens du patient (exemple : règlement des factures courantes) et de réduire, voire d'annuler des actes que le patient aurait effectués alors qu'il présentait une altération des facultés mentales (exemple : rendre un objet onéreux, inadapté, acheté alors que le patient n'avait pas sa capacité de jugement).

- **La curatelle et la tutelle** sont décidées par le juge des tutelles du tribunal d'instance du lieu d'habitation du patient sur requête d'un proche ou sur avis médical motivé. Elles nécessitent une expertise psychiatrique par un médecin spécialiste. Elles durent aussi longtemps que les causes qui les ont déterminées. Selon l'état clinique, la situation familiale et les ressources, le représentant désigné par le juge des tutelles peut être un membre de la famille ou un proche, une association tutélaire, une gérance de tutelles. Une voie de recours est prévue auprès du tribunal de grande instance.

- **La tutelle** est indiquée lorsque la personne a besoin d'être représentée de manière continue dans les actes de la vie civile. Le tuteur gère les biens du patient. Le patient perd ses droits civils y compris le mariage, les donations, les testaments. Il a besoin de l'accord de son tuteur. Il perd aussi ses droits civiques : il ne peut voter, ni être élu.

- **La curatelle** est une mesure de protection intermédiaire entre la sauvegarde de justice et la tutelle. Elle est mise en place lorsque la personne a besoin d'être assistée dans les actes de la vie civile. L'incapacité du majeur est partielle. Il peut faire certains actes conservatoires (exemple : payer son loyer) mais doit être assisté de son curateur pour effectuer des actes de dispositions (exemple : vendre son appartement). Sur le plan des actes civils, il peut voter, mais ne peut être élu.

les fonctions physiologiques, à traiter les maladies intercurrentes. D'autre part, il ne faut pas négliger la prise en charge de l'aidant sans lequel le maintien à domicile s'avère souvent impossible. L'aidant, le plus souvent le conjoint doit être soutenu tant sur le plan psychologique que sur le plan organisationnel et matériel.

► **SUR LE PLAN SOCIAL**, le médecin doit faire une demande de prise en charge d'affection longue durée afin que les frais médicaux soient remboursés à 100 %.

La personne âgée peut devenir incapable de gérer son budget, ses biens, ses charges. Elle peut alors se trouver dans une situation sociale très difficile. Elle peut être une proie facile et les cas de spoliation, de vol, d'extorsion d'argent par des « proches » ou des sectes, ne sont pas exceptionnels. En cas d'urgence, une sauvegarde de justice est alors indiquée. Dans un second temps, une mesure de protection des biens plus durable sera vraisemblablement néces-

saire. La curatelle simple est peu efficace dans ce type de pathologie, et il est préférable d'instaurer une curatelle renforcée, voire une tutelle.

Troubles cognitifs

Traitement médicamenteux

► **L'UTILISATION DES INHIBITEURS** de l'acétylcholinestérase ou anticholinestérasiques repose sur la théorie de déficit en acétylcholine dans la démence d'Alzheimer. Son efficacité est reconnue dans les stades légers ou modérément sévères de la maladie d'Alzheimer. Elle retarde l'évolution de la maladie sans arrêter le processus dégénératif. L'efficacité s'atténue progressivement. Ce type de traitement permet de gagner deux années sur l'évolution de la maladie.

► **LES TRAITEMENTS DU DÉFICIT COGNITIF DU SUJET ÂGÉ.** D'inefficacité contestée, ils sont indiqués dans le déficit pathologique cognitif et neuro-

TRAITEMENT DU DÉFICIT COGNITIF ET NEUROSENSORIEL DE LA PERSONNE ÂGÉE

DCI	Médicament	Forme
ALMITRINÉ + RAUBASINE	<i>Duxil</i>	comp. à 30 mg + 10 mg — sol. buv. à 30 mg + 10 mg (pour 40 gouttes)
CINNARIZINE	<i>Sureptil</i>	comp. à 20 mg, — sol. buv. 10 mg/mL
DIHYDROERGOTOXINE	<i>Capergyl</i>	caps. à 4,5 mg
	<i>Ergodose</i>	caps. à 4,5 mg
	<i>Hydergine</i>	comp. à 4,5 mg — sol. buv. 1 mg/mL
DIHYDROERGOCRISTINE	<i>Iskédyl</i>	comp. à 2,4 mg
DIHYDROERGOCRYPTINE	<i>Vasobral</i>	comp. à 4 mg — sol. buv. 1 mg/mL
GINKGO BILOBA	<i>Ginkogink</i>	sol. buv. 40 mg/mL
	<i>Tanakan</i>	comp. à 40 mg — sol. buv. 40 mg/mL
	<i>Tramisal</i>	sol. buv. 40 mg/mg
MOXISYLYTE	<i>Carlytene</i>	comp. à 30 mg
NAFTIDROFURYL	<i>Di-Actane</i>	gél. à 200 mg
	<i>Gévatran</i>	gél. à 200 mg
	<i>Naftilux Lp</i>	gél. à 200 mg
	<i>Praxilène</i>	gél. à 100 mg — comp. à 200 mg
NICERGOLINE	<i>Sermion</i>	gél. à 5 mg — gél. à 10 mg
	<i>Zenium</i>	gél. à 4,5 mg
PENTOXIFYLLINE	<i>Pentoflux Lp</i>	gél. à 400 mg
	<i>Torental Lp</i>	comp. à 400 mg
PIRACÉTAM	<i>Axonyl</i>	sol. buv. 200 mg/mL
	<i>Gabacet</i>	gél. à 200 mg — amp. à 1,25 mg
	<i>Geram</i>	sol. buv. à 200 mg/mL
	<i>Nootropyf</i>	comp. à 800 mg — gél. à 400 mg sol. buv. à 200 mg/mL — amp. à 1,2 mg
	<i>Piracetam</i>	sol. buv. à 200 mg/mL
PIRIBEDIL	<i>Trivastal</i>	comp. à 20 mg
	<i>Trivastal Lp</i>	comp. à 50 mg
VINBURNINE	<i>Cervoxan</i>	gél. à 60 mg
VINCAMINE	<i>Rhéobral</i>	gél. à 20 mg
	<i>Vinca</i>	comp. à 20 mg
	<i>Vinca Retard</i>	gél. à 30 mg
	<i>Vinca Fort Lp</i>	gél. à 30 mg
	<i>Vincarutine</i>	gél. à 20 mg

sensoriel chronique du sujet âgé, à l'exclusion des démences. Cependant, ils constituent un vecteur relationnel non négligeable de la prise en charge du patient et de sa famille.

Stimulation

Elle a pour but de maintenir les acquis et s'effectue au travers d'activités adaptées aux capacités intellectuelles et physiques de la personne. Ces activités tiendront compte du passé et des habitudes du patient sans l'infantiliser.

On peut proposer des jeux et les loisirs collectifs pour entretenir les facultés intellectuelles et les interactions sociales ou des prises en charge plus spécialisées individuelles ou collectives (exemple : atelier mémoire avec exercice de mémorisation, évocation de souvenirs, groupe écriture). En ville, elles peuvent s'effectuer au sein d'un centre d'activité à temps partiel ou d'un hôpital de jour. Une orthophoniste peut se déplacer au domicile du patient.

La dimension relationnelle est capitale dans ce type de prise en charge. La valorisation des acquis est très importante et en cas de situation d'échec, il est parfois préférable d'interrompre momentanément la prise en charge.

Troubles psychiatriques

En tout premier lieu, il faut éliminer chez un patient triste, insomniaque ou agité, une douleur que le patient ne pourrait exprimer. Il faut donc effectuer un examen clinique complet dans ce but et traiter la cause éventuelle.

► **LA PRESCRIPTION DE PSYCHOTROPES** ne se justifie que dans des situations cliniques bien définies : les troubles du sommeil, l'agitation, la dépression, le délire. Mais de nombreux psychotropes aggravent les troubles cognitifs, notamment tous ceux qui ont une action anticholinergique (antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques classiques...). La nécessité de poursuivre un traitement psychotrope doit être soigneusement et régulièrement évaluée.

► **LES INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE** occupent une place de choix dans le traitement symptomatique des épisodes dépressifs.

► **LES TROUBLES PSYCHOTIQUES** chez le dément sont souvent de courte durée. Ils ne justifient pas d'être traités systématiquement mais uniquement, s'ils occasionnent une angoisse intense. On pré-

ANTICHOLINESTÉRASIQUES

DCI	Médicament	Forme - Posologie quotidienne
CHLORHYDRATE DE DONEPEZIL	<i>Aricept</i>	comp. à 5 mg, à 10 mg 5 à 10 mg/j.
GALANTAMINE	<i>Reminyl</i>	comp. à 4 mg, 8 mg et 12 mg 8 à 24 mg/j.
RIVASTIGMINE	<i>Exelon</i>	comp. à 1,5 mg, 3 mg et 4,5 mg 3 à 12 mg/j.
TACRINE	<i>Cognex</i>	comp. à 10 mg, 20 mg, 30 mg et 40 mg 40 à 120 mg/j.

fère utiliser un neuroleptique atypique (*Risperdal*). Sa prescription sera de courte durée.

► **DANS LES STADES PRÉCOCES DE LA MALADIE D'ALZHEIMER**, des études ont montré que les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase agissaient sur l'apathie. Des symptômes comme l'agitation, la dysphorie et certains phénomènes hallucinatoires paraissent être améliorés par cette classe pharmacologique.

Prise en charge générale de la personne démente

Il faut veiller à ne pas faire les gestes à la place de la personne démente afin de maintenir les acquis. Il faut respecter la personne, quel que soit son degré de détérioration, et ne pas l'appeler « mamie ou papy ». Il faut donner des explications sur ce qu'on leur demande de faire en s'exprimant clairement, à une distance correcte, simplement, en accompagnant parfois le geste à la parole (il suffit parfois de démarrer une action, pour que le patient la termine).

► **SUR LE PLAN DE LA VIE PRATIQUE**, le lieu de vie doit être aménagé afin d'éviter les accidents et en particulier les chutes très fréquentes chez la personne âgée à l'origine de traumatisme. On connaît la fréquence des fractures du col du fémur. La salle de bains est un endroit particulièrement dangereux. Ainsi que la cuisine : les cuisinières à gaz doivent être remplacées par des cuisinières électriques.

► **AFIN DE FACILITER L'ORIENTATION**, il est nécessaire de permettre au patient de se repérer

DÉMENCE

M. H., âgé de 79 ans est admis en hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), demande signée par un membre de sa famille. Physiquement, il est grand, a une belle prestance et jouit d'une grande force physique.

Circonstance d'hospitalisation

C'est un accident de chasse qui est à l'origine de cette hospitalisation. En effet, M. H. est un grand amateur de chasse et pour lui faire plaisir, ses proches l'ont amené à la chasse au sanglier. Par maladresse, il se blesse gravement au niveau des organes génitaux externes. Il est amputé d'une partie de la verge et d'un testicule. Dans les suites opératoires, il s'agite et blesse des infirmiers de l'établissement de soins de suite. Il est alors transféré sur le secteur psychiatrique.

Biographie, histoire de la maladie

Le recueil des informations s'effectue auprès de la famille et du médecin de M. H.

M. H. est marié et a 3 enfants (une fille et deux fils). Retraité, il vit maintenant la plus grande partie de son temps dans sa maison de campagne. Très sportif, il jouit encore d'une grande force physique. Il ne fume pas et boit très modérément du vin au cours des repas.

M. H. n'a jamais été hospitalisé en psychiatrie.

Il présente depuis plusieurs années, une hypertension artérielle stabilisée par un traitement bêta-bloquant.

Il est traité depuis 4 ans pour une maladie d'Alzheimer par chlorhydrate de donépézil.

Deux ans auparavant, il a été à l'origine d'un accident de voiture au cours duquel un couple de motards est décédé. Il a été jugé et a eu une peine de prison avec sursis avec un retrait du permis de conduire.

Accueil et symptomatologie initiale

Le patient est accueilli dans un contexte d'urgence sans que son arrivée ne puisse être organisée, alors qu'il demeure toujours agité. La persistance de l'agitation associée à sa violence physique nécessite l'intervention du médecin en urgence avec un renfort d'infirmiers. L'entretien est de courte durée, le patient ne pouvant se stabiliser.

Durant les premiers jours d'hospitalisation, l'observation suivante est effectuée :

- Le patient présente une désorientation temporo-spatiale et des fausses reconnaissances.
- Il se met en colère lorsque la personne qu'il croit reconnaître tente de le détromper.
- Il ne se souvient plus avoir eu cet accident de chasse et n'est pas conscient, semble-t-il, de la mutilation au niveau des organes génitaux externes (anosognosie).
- Il est désinhibé, refuse le traitement.
- Son humeur est labile, tantôt joviale, tantôt triste: il est dysphorique.
- Il a besoin d'aide pour se nourrir car il ne sait plus se servir des couverts. Il a tendance à mélanger les différents plats de son plateau-repas.
- Il présente des troubles excrémentiels: il présente une incontinence urinaire et joue avec ses matières fécales.
- Il ne tolère pas la frustration et réagit alors avec violence et jette des objets vers l'interlocuteur ou sur les murs.

Diagnostic médical

Agitation chez un patient présentant une démence.

Traitement prescrit

Le psychiatre arrête le Donépézil inefficace dans les formes sévères de démence d'Alzheimer et prescrit du Tiapride (400 mg/j.)

et un antalgique périphérique. Les soins locaux et la surveillance de la lésion sont très importants: la douleur et la lésion cutanée retentissent sur l'état général du patient et participent à sa grande agitation.

Diagnostics infirmiers

À partir des données cliniques sont établis des diagnostics infirmiers dans le but de définir une planification de soins infirmiers. Ainsi on détermine des priorités et des objectifs précis qui orientent les actes infirmiers.

Dans ce cas clinique, on relève les diagnostics infirmiers prévalents suivants :

- Risque élevé de violence envers soi ou envers les autres.
- Altération des opérations de la pensée.
- Douleur aiguë.

Dans le cas de ce patient âgé présentant de nombreux troubles somatiques et psychiatriques, on peut ajouter des diagnostics infirmiers associés tels qu'une anxiété, une atteinte de l'intégrité de la peau, une atteinte de l'intégrité des tissus, une incapacité partielle ou totale à se laver et à effectuer des soins d'hygiène, une incapacité partielle ou totale d'utiliser les toilettes, un risque élevé d'accidents...

« Risque élevé de violence envers soi ou envers les autres lié à un syndrome organique se manifestant par :

- Des gestes agressifs avec destruction d'objets (jette des objets, frappe avec une chaise).
- Des paroles menaçantes et hostiles (« je vais tout casser » et « ça va vous faire tout brûler »).
- Une activité motrice accrue et une excitation motrice (monte sur le radiateur, va-et-vient dans sa chambre, démonte le lit...).

Objectif

Obtenir que le patient arrive à se calmer et présente un comportement dénué de violence.

Actions

- Il faut en premier lieu créer un climat de confiance en veillant à ce que des soignants référents s'occupent du patient de manière privilégiée, dans un souci de favoriser des repères relationnels.
- Parler calmement et fermement, favorise la communication et l'instauration d'un climat de confiance.
- Chaque intervention doit s'effectuer en donnant des explications claires au patient, en les accompagnant parfois de gestes.
- L'administration du traitement, la surveillance de la prise, est une étape importante de la prise en charge thérapeutique.
- L'évolution du comportement sera évaluée régulièrement et les observations notées.
- Il faut déceler les facteurs qui déclenchent un comportement violent. Dans ce cas, le patient qui a des fausses reconnaissances ne supporte pas qu'on l'appelle « Monsieur » et préfère qu'on l'appelle par son prénom.
- Très pudique, il accepte difficilement la trop grande proximité cependant nécessaire du soignant lors de la toilette. Le soignant devra adapter sa distance d'intervention afin d'assurer les soins d'hygiène sans être intrusif à l'égard de l'intimité du patient. Si le patient se met en colère, lui expliquer calmement les choses, sans réagir de manière émotive. (« Je vous accompagne pour vous aider »).
- Si le patient devient violent, il est nécessaire de prendre les mesures qui s'imposent pour le protéger ainsi que les autres patients et les soignants.
- On pourra, avec l'aide de plusieurs collègues (il ne faut pas intervenir seul), l'installer dans un lieu calme et rassurant afin d'écarter tout danger.

Hidden page

CONDUITE À TENIR

LA FUGUE

En cas de fugue :

- La première démarche est de rechercher le patient au sein de l'hôpital par quadrillage (en particulier en ce qui concerne les personnes confuses ou démentes qui ont perdu leurs repères spatiaux).
- Le patient en hospitalisation libre peut librement quitter l'hôpital à tout moment.
- Le patient en hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) soulève le problème d'un risque potentiel pour lui-même et les autres.

Le tiers signataire de la demande d'HDT doit être prévenu, ainsi que son tuteur éventuel.

Sur décision médicale, le directeur de l'hôpital peut missionner le personnel infirmier au domicile du patient pour le réintégrer (mais ils n'ont pas autorité pour pénétrer au domicile sans l'accord du patient).

- La situation est la même en cas d'hospitalisation d'office (HO).

Toutefois la dangerosité potentielle du patient implique un signalement immédiat aux forces de police qui peuvent être requises pour intervenir à domicile. Elles remettent ensuite le patient aux mains des soignants qui n'ont aucune autorité pour intervenir hors de l'hôpital.

● **L'incontinence urinaire**, en dehors d'une étiologie organique, peut survenir pour des raisons d'ordre pratique auxquelles on pensera systématiquement. La personne ne sait plus où sont les toilettes ; elle ne sait plus comment se servir des toilettes ; elle ne sait plus comment faire quand elle ressent le besoin. Il faudra travailler cet acte de la vie quotidienne comme un autre et proposer un passage régulier aux toilettes et si besoin, une protection jetable.

● **La constipation** majorée par le manque d'exercice physique est très fréquente chez la personne âgée. Elle est à l'origine de fécalomes pouvant entraîner un syndrome occlusif. Le transit doit être surveillé et un régime riche en fibres institué en cas de constipation.

► **EN CE QUI CONCERNE LE SOMMEIL**, il faut proposer des temps de repos réguliers et adaptés (sieste, nuit) et préserver le patient de tout ce qui nuit à la qualité du repos (bruits, visites d'autres patients, pièces trop chauffées).

► **LA TOILETTE ET L'HABILLAGE** sont des moments clés de la journée, et participent au bien-être de

la personne. La pudeur reste très longtemps préservée et devra toujours être respectée. Les vêtements, la coiffure, le maquillage sont des repères importants. L'emploi du miroir lors de la toilette (coiffure et maquillage) permet au patient de se stabiliser et de retrouver une image positive de lui-même.

À un stade avancé, lorsque le patient atteint un état grabataire, il est nécessaire de procéder aux soins de nursing et aux soins d'escarre.

Cas particulier de l'hospitalisation en psychiatrie

L'hospitalisation du patient dément en psychiatrie est particulièrement traumatisante mais relativement fréquente. Il est confronté à un milieu peu adapté, en rupture avec le milieu de vie habituel. Le patient perd très vite ses repères et on assiste toujours à une aggravation des troubles en début d'hospitalisation.

● Une surveillance toute particulière doit lui être apportée tant sur le plan somatique que sur le plan du comportement. D'autre part, il peut être l'objet de maltraitance de la part d'autres patients surtout s'il n'est pas en mesure de se défendre ou de s'exprimer.

● Il faut éviter l'alitement prolongé qui se complique d'une amyotrophie à l'origine de fréquentes chutes et favoriser la mobilisation qui évite la survenue d'escarres et de phlébites.

● Il faut éviter les changements de chambre et reconstruire un cadre de vie personnalisé avec les objets personnels du patient.

● Il est capital de préserver sur le plan personnel les liens affectifs, d'encourager les visites de la famille. En effet des rencontres régulières avec le médecin, l'assistante sociale et l'ensemble de l'équipe apporteront une aide aux familles et permettront de mettre en place un projet d'admission dans une institution plus adaptée.

Hidden page

spécialisée et de rééducation, par le soutien psychologique à l'enfant et au milieu familial. De là, dépendra en partie, l'avenir de l'enfant arriéré et de ses capacités d'insertion à l'âge adulte.

Autismes, psychoses infantiles

► **L'AUTISME ET LES PSYCHOSES INFANTILES** sont des pathologies psychiatriques de l'enfance. Cependant, les patients ayant présenté un autisme ou une psychose infantile gardent des séquelles graves entravant l'insertion socioprofessionnelle. À l'âge adulte, le tableau clinique est souvent dominé par le déficit intellectuel : nous présenterons ici l'autisme et les psychoses infantiles.

► **L'AUTISME INFANTILE DE KANNER**, bien que rare (1 sur 10 000) demeure le modèle de psychose infantile. Les troubles apparaissent dès les premiers mois de vie sous forme de trouble du tonus (poupée de son), troubles du sommeil (insomnie calme très évocatrice, insomnie agitée), troubles de la communication, retard de développement, troubles des conduites. Mais ils ne sont parfois repérés par la famille que vers 3 ans, par l'absence d'acquisition du langage.

L'enfant présente alors un tableau complet comportant :

- **L'autisme ou solitude** (*aloneness*).

- **L'immuabilité** (*sameness*) qui se définit comme le besoin impérieux d'avoir un environnement toujours identique.

- **L'absence de langage.**

► **LES AUTRES PSYCHOSES INFANTILES** se distinguent de l'autisme de Kanner parce qu'elles surviennent après une période de développement normal. Leur début se situe entre 3 et 6 ans. La symptomatologie est variable et peut comporter divers troubles interférant avec la vie sociale et entraînant des troubles de l'apprentissage.

► **LE PRONOSTIC** dépend du QI (QI > 50) et de l'apparition du langage avant l'âge de 5 ans. Rares sont les autistes qui deviendront autonomes.

La DSM-IV englobe ces atteintes sous le terme de troubles envahissants du développement (TED).

Lors du passage à l'âge adulte, ces symptômes s'amendent de façon plus ou moins marquée selon la prise en charge et évoluent vers des troubles de la personnalité avec une relation particulière à l'environnement dont les mouvances s'avèrent perturbatrices et mal acceptées.

Les déficiences peuvent alors s'estomper, se modifier, se stabiliser, voire s'aggraver.

Elles peuvent simuler une schizophrénie, revêtir des aspects pseudo-névrotiques au travers de phobies, de TOC.

Le problème essentiel resté celui d'une prise en charge spécifique souvent impossible à mettre en place faute de structures adaptées : classes spéciales ou adaptées, CAT, MAS, foyers spécifiques.

LES TED

- Les troubles désintégratifs de l'enfance ou psychose désintégrative de Heller.
- L'autisme décrit par Léo Kanner qui se caractérise par l'apparition avant l'âge de 3 ans d'un fonctionnement déviant et/ou retardé dans chacun des trois domaines suivants :
 - les interactions sociales avec un retrait social, une indifférence au monde;
 - les communications verbales et non verbales réduites et limitées;
 - les comportements qui sont restreints, répétitifs, ritualisés.
 Souvent associés à des peurs, des troubles du sommeil ou de l'alimentation, des crises de colère, une agressivité, et ce alors que l'intelligence se développe normalement.
- Le syndrome de Rett apparu chez des filles après une phase brève de développement normal.
- Le syndrome d'Asperger concernant des enfants dont le langage évolue normalement.

ÉTUDE DE CAS

DÉFICIT MENTAL

Circonstances d'hospitalisation

M^{lle} G., âgée de 21 ans, qui présente un nanisme, est amenée au CMP par ses parents pour un état de grande agitation. Elle hurle et pousse des sons inarticulés de façon continue. La cohabitation de la patiente et de sa famille dans un logement très exigu (la famille constituée de 5 personnes étrangères, comprenant mal le français, habite dans un studio) pose des problèmes importants : les cris épuisent l'entourage qui ne dispose d'aucun moment de repos et de répit. Les voisins se plaignent du bruit et menacent de faire circuler une pétition.

Le médecin du CMP adresse la jeune patiente à l'hôpital pour une hospitalisation de « rupture » avec le milieu familial. L'hospitalisation est nécessaire pour la recherche d'une étiologie, la pratique d'un bilan et la mise en route d'un traitement.

L'enfant vivait en effet jusque-là dans le bled sans suivi médical.

Accueil et symptomatologie initiale

Lors de son arrivée dans l'unité de soins, tout entretien s'avère impossible.

La patiente est de très petite taille et mesure 98 cm. Son visage est celui d'une adulte. Elle a des difficultés à la marche (se déplace souvent à 4 pattes) et présente des malformations corporelles. À l'entretien avec les parents, nous apprenons qu'une des sœurs de M^{lle} G. présente aussi un nanisme et une dysmorphie.

Observation infirmière

- Durant les premiers jours d'hospitalisation, l'équipe infirmière constate que M^{lle} G. émet des bruitages pour demander quelque chose, qu'elle a besoin d'aide pour se doucher ou s'habiller. Elle doit être aidée pour les repas.
- La patiente reste dans un premier temps dans sa chambre, mais plus tard rejoindra les infirmiers. Elle souhaite qu'on lui tienne la main et qu'on la promène.
- Le lendemain de son arrivée, M^{lle} G. hurle nuit et jour, débambule dans l'unité de soin, monte et descend sans cesse les escaliers.
- Elle ne supporte pas que les soignants s'occupent des autres patients.
- Elle s'alimente très peu.
- La patiente est toujours très agitée au sixième jour, gémit et pousse des cris de douleur.
- Elle n'a pas eu de selles.

Diagnostic médical

- Retard mental profond dans le cadre d'un syndrome de Dyggve (syndrome rare associant un retard mental et des malformations osseuses).
- Mucopolysaccharidose de type VII transmise sur le mode autosomique récessif.

Diagnostiques infirmiers

- Incapacité totale à se prendre en charge chez une arriérée mentale se manifestant par une incapacité totale à effectuer ses soins d'hygiène, à se vêtir et soigner son apparence, d'une incapacité partielle à s'alimenter et d'une incontinence complète.

Objectif

Amener la patiente à être plus autonome.

Actions infirmières

• Soins d'hygiène

- Évaluer le degré d'autonomie et de participation de la patiente à ses soins (si elle sait se laver et s'habiller).

- Procurer à la patiente les aides techniques dont elle a besoin.
- Aider la patiente en évitant de tout faire à sa place et la laisser exécuter ses soins personnels dans la mesure de ses possibilités.
- Lui laisser suffisamment de temps pour qu'elle puisse accomplir ses soins d'hygiène en utilisant toutes ses capacités.

• Alimentation

- Évaluer le degré d'invalidité (si elle sait manger seule, tenir ses couverts, s'il existe un problème de déglutition, etc.).
- Aider la patiente en fonction de son degré d'autonomie sans tout faire à sa place.
- Lui laisser suffisamment de temps pour qu'elle puisse manger en fonction de ses possibilités.
- La surveiller pendant qu'elle mange car un risque de fausse route ou de brûlure est toujours à craindre.
- Tenir compte de ses goûts alimentaires (appétences pour les produits laitiers...).
- Surveiller si la patiente s'hydrate correctement et suffisamment.

• Élimination

- Veiller à ce que la patiente soit changée régulièrement afin d'éviter toute atteinte à l'intégrité de la peau.
- Surveiller les mictions et les selles et noter leur fréquence sur le dossier.

Évaluation

- Au bout de quelques jours, l'équipe infirmière constate que M^{lle} G. coopère davantage pour effectuer ses soins d'hygiène.
- En ce qui concerne l'alimentation, M^{lle} G. utilise les couverts de manière satisfaisante et arrive à manger seule en présence d'une infirmière. Elle jette systématiquement les pots de yaourt vides sur le sol.

• Douleur aiguë liée à des troubles du transit se manifestant par une agitation, des cris, des gémissements, une perte de l'appétit et une absence de selles depuis 6 jours.

Objectif

Que M^{lle} G. retrouve un transit régulier qui entraînera la disparition de la douleur.

Actions infirmières

- Accompagner la patiente en consultation de médecine générale.
- Appliquer la prescription médicale – un lavement.
- Surveiller l'efficacité du lavement.
- Mettre en place une fiche de surveillance des selles.
- Contacter la diététicienne pour la mise en place d'un régime équilibré.
- Donner le régime alimentaire établi par la diététicienne.
- Surveiller l'alimentation de la patiente.
- Surveiller l'hydratation.

Évaluation

L'agitation a disparu, la patiente semble plus détendue, elle mange correctement et ses selles sont régulières.

Sortie

Avant de programmer sa sortie, une rencontre est organisée avec la famille pour expliquer aux parents comment aider leur fille. Les explications sont difficiles : la mère ne parle pas le français, le père travaille et est peu présent au foyer.

DÉFICIT MENTAL (suite)

Un rendez-vous est prévu au CMP avec un interprète afin de leur expliquer la pathologie de leur fille et les modalités de suivi, en sachant que le paupérisme, l'acculturation doivent être pris en compte.

Sont explicités :

- La notion de retard mental que les parents ont bien perçu en comparant M^{lle} G. à ses frères et sœurs.
- Les problèmes inhérents à sa migration du bled où elle circulait librement à une pièce de 20 m² : il leur est conseillé de la promener. Pour ce faire, un secours est demandé afin qu'elle dispose d'un fauteuil roulant pour aller au parc.

- Les aspects nutritifs : les consignes de la diététicienne sont reprises après adaptation aux coutumes alimentaires de la famille.

- Les aspects hygiéniques avec en particulier la surveillance des selles, la poursuite des soins cutanés liés à ses déplacements sur les genoux.

Des rendez-vous sont pris pour le suivi au CMP.

Malheureusement, aucune structure d'accueil à la journée adaptée n'a pu être trouvée.

Le père refuse le suivi de la mère déprimée par un homme médecin parlant l'arabe. Elle verra régulièrement une infirmière.

Classifications internationales des maladies mentales

Les divers modes de classification des maladies mentales

Ils varient de façon importante en fonction des pays et des orientations théoriques.

C'est ainsi que la France, passée la période de description monomaniaque, s'est ralliée à l'organodynamisme de Ey qui conçoit la maladie mentale comme résultat d'une altération de processus intellectuels élevés libérant des formes de raisonnement et de comportement plus élémentaires.

La nosographie française intègre ainsi dans le cadre des délires :

- **Les délires structurés** avec prédominance d'un mécanisme :

- soit interprétatif (la paranoïa) ;

- soit hallucinatoire (la psychose hallucinatoire chronique) ;

- soit imaginatif (la paraphrénie).

- **Les délires avec déstructuration** de la personnalité que sont les diverses formes de la schizophrénie. Une classification spécifique à la nosographie française a été élaborée par l'Inserm en 1969. Il s'agit essentiellement d'une énumération des différentes catégories diagnostiques.

Dans les publications internationales, deux grandes classifications sont utilisées.

La CIM-10

Ou 10^e Révision de la classification internationale

des maladies et des problèmes de santé annexes qui comporte une section « troubles mentaux » relève de l'Organisation mondiale de la santé.

C'est de cette classification, sommaire dans les premières éditions qu'est issue la réflexion conduisant à l'élaboration de la DSM-IV.

La DSM-IV

Ou 4^e Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux est un système d'identification et de classification des maladies mentales anglo-saxon qui englobe :

- **des concepts issus de la littérature ;**

- **des données cliniques ;**

- **des résultats d'études sur le terrain.**

Il permet d'identifier non seulement les maladies mentales proprement dites, mais également leurs formes cliniques dès lors que des arguments précis permettent de les isoler. Parmi ces formes, certaines correspondent à des syndromes spécifiques à certaines cultures.

Le diagnostic posé à l'aide de ce manuel caractérise l'état du patient au moment de la consultation.

Il repose sur un énoncé de critères dont la présence et l'association sont évaluées.

La sévérité de l'atteinte et l'évolution sont spécifiées.

Glossaire

aboulie. — Perte du désir d'agir.

accès maniaque. — État d'exaltation de l'humeur.

accueil familial thérapeutique. — Placement du patient dans un milieu familial afin de le resocialiser et de le faire participer aux actes de la vie quotidienne.

actions. — Soins présents ou futurs prévus pour le malade.

adaptation individuelle inefficace. — Incapacité à assumer ses besoins personnels.

addiction. — Pharmacodépendance.

affect. — Manière dont l'individu ressent les événements, les échanges verbaux.

agitation psychomotrice. — Exaltation qui s'exprime tant verbalement que par les actes.

agnosie. — Incapacité à reconnaître ou identifier des objets malgré des fonctions sensorielles intactes.

agoraphobie. — Anxiété liée à des lieux ou situations.

aide psychologique par la relation. — Elle vise à faire évoluer la pensée et le comportement par une attitude rassurante.

akathisie. — « Impatiences » ou incapacité à rester immobile.

alcoolisme. — Perte de la liberté de s'abstenir de la consommation de boissons alcoolisées.

Alzheimer (démence d'). — État démentiel sénile.

ambivalence. — Coexistence simultanée de deux sentiments contraires.

ambulatoire. — Traitement et/ou suivi thérapeutique qui s'organisent à l'extérieur de l'hôpital avec une participation volontaire et active du patient.

amnésie psychogène. — Trouble de mémoire lié à une cause psychologique.

anarthrie. — Perte du langage par impossibilité d'articuler les sons alors que la compréhension du langage, l'écriture, la lecture sont conservés.

anesthésie affective. — Incapacité à ressentir des émotions.

anorexie mentale. — Refus volontaire et actif d'alimentation lié à des problèmes d'ordre psychologique.

antidépresseur. — Médicament susceptible d'atténuer ou de faire disparaître la dépression.

anxiété. — État d'alerte permanent sans crainte et sans menace précise.

anxiolytique. — Médicament susceptible d'atténuer ou de faire disparaître l'anxiété.

apathie. — Absence de réaction.

aphasie. — Perte du langage par absence de symbolisation mentale.

apnée du sommeil. — Maladie constituée par un ronflement nocturne avec pauses respiratoires.

apragmatisme. — Inactivité, incapacité à agir.

apraxie. — Incapacité à réaliser une activité gestuelle malgré une conservation des fonctions motrices et sensorielles et de la compréhension des signes.

arriération mentale. — Déficit des fonctions intellectuelles défini par un QI inférieur à 70.

astisie - abasie. — Instabilité motrice.

asthénie. — Sensation de fatigue chronique.

attaque de panique. — Crise d'angoisse aiguë, brutale, accompagnée d'un malaise intense et de manifestations neurovégétatives.

autisme. — Psychose infantile apparaissant dès les premiers mois de la vie et caractérisée par une absence de langage et une attitude de retrait majeur.

automatisme mental. — État délirant caractérisé par l'impression d'être écouté, de recevoir des ordres hallucinatoires, d'être manipulé.

barrage. — Interruption brusque inconsciente et involontaire du discours.

benzodiazépine. — Médicament anxiolytique.

bouffée délirante aiguë. — Survenue brutale d'un délire riche et polymorphe.

boulimie. — Ingestion impulsive et incoercible de quantités importantes de nourriture hypercalorique.

bradypsychie. — Ralentissement des fonctions mentales.

bruxisme. — Grincement des dents.

cannabis. — Plante qui fournit le haschich.

catatonie. — Forme de schizophrénie s'exprimant par une immobilité, une conservation des attitudes, un négativisme.

CATTP. — Centre d'activités à temps partiel permettant au patient de s'investir dans des activités pratiques, ludiques, relationnelles ou créatives.

CDHP. — Commission départementale des hospitalisations en psychiatrie. Elle est chargée de dépister le maintien abusif des patients en psychiatrie.

centre de crise. — Centre fonctionnant 24 h/24, susceptible d'accueillir des urgences psychiatriques pour des prises en charge brèves et intensives.

centre médico-psychologique (CMP). — Centre de soins ambulatoires d'un secteur psychiatrique.

chambre d'isolement. — Chambre fermée, sécurisée où sont isolés temporairement et selon des règles médicales strictes les patients incapables de contrôler leur agressivité.

charte de l'usager en santé mentale. — Liste des droits du patient atteint de troubles psychiques hospitalisé qui est affichée dans les services hospitaliers.

cible. — Énoncé précis et succinct qui attire l'attention sur un problème.

CIM-10. — 10^e Classification internationale des maladies et des problèmes de santé.

CMP. — Centre médico-psychologique.

cocaïne. — Drogue dérivée du coca.

compliance. — Observance rigoureuse du traitement.

compulsion. — Acte répétitif souvent absurde que le sujet se sent obligé d'accomplir.

conduite addictive. — Tendance à abuser d'alcool, de médicaments, de drogue.

conduite d'évitement. — Conduite visant à éviter un objet ou une situation phobogène.

confusion mentale. — Oubliation de la conscience avec désorientation temporo-spatiale et troubles de la perception.

continuité des soins. — Cohérence du suivi du patient au travers des diverses structures dans lesquelles il est adressé.

conversion hystérique. — Symptôme d'allure somatique, mais d'origine psychogène.

Cotard (syndrome de). — Négation de l'existence des organes au cours de la mélancolie. Il s'en suit un refus d'assurer les besoins vitaux.

courant transférentiel. — Ensemble des sentiments et affects éprouvés pour autrui.

Creutzfeldt-Jakob (démence de). — État démentiel lié, parmi les étiologies possibles, à la trans-

mission de l'encéphalopathie spongiforme bovine (maladie de la vache folle).

curatelle. — Mesure de justice visant à protéger les biens d'un malade mental par une assistance partielle dans les actes importants de sa vie civile.

curateur. — Gérant de biens agissant dans le cadre d'une curatelle.

déficit mental. — Altération des facultés intellectuelles.

délire. — Croyance erronée, en contradiction avec la réalité et inaccessible à la critique.

délire paranoïde. — Délire incohérent, non structuré, bizarre.

délire passionnel. — Délire marqué par une participation affective intense.

délire sensitif. — Délire systématisé fait d'interprétations et d'intuitions délirantes.

délire systématisé. — Délire organisé, cohérent, logique, centré sur un ou deux thèmes.

delirium tremens. — Syndrome confuso-déirant survenant lors du sevrage alcoolique.

démence. — Dégradation progressive et irréversible des fonctions intellectuelles supérieures.

démence alcoolique. — État de démence induit par l'alcool.

démence précoce. — Schizophrénie.

démence sénile. — Démence de survenue tardive.

dépendance à l'alcool. — Impossibilité d'interrompre la consommation.

dépendance aux drogues. — Impossibilité d'interrompre la consommation.

dépendance physique. — Malaise somatique induit par l'arrêt de la consommation d'alcool ou de drogue.

dépendance psychique. — Malaise psychique induit par l'arrêt de la consommation d'alcool ou de drogue.

dépression dysthymique. — Maladie dépressive évoluant sans rémission mais également sans phase aiguë depuis plus de 2 ans.

désinhibition. — Libération de comportements qui transgressent les règles de la vie sociale.

désorientation temporo-spatiale. — Perte de la faculté de se repérer dans le temps et dans l'espace.

diagnostics infirmiers. — Constats formalisés par l'équipe infirmière qui impliquent une prise en charge spécifique.

diagramme de soins. — Liste de soins préétablie correspondant à des soins répétitifs.

discordance. — Ambivalence, bizarrerie, impérialité.

dissociation. — Rupture de l'unité psychique.

données. — Informations qui argumentent une cible.

données administratives. — Données nécessaires pour identifier le patient (donc assurer l'identification du dossier de soins au cours des diverses hospitalisations) et assurer le remboursement des frais inhérents aux soins. Les toxicomanes peuvent, s'ils le demandent, être hospitalisés de façon anonyme.

dossier de soins. — Dossier du patient comprenant le dossier médical, le dossier infirmier et les examens complémentaires.

dossier de soins infirmiers. — Partie du dossier de soins dans laquelle sont consignés les observations et les actes infirmiers.

douleur morale. — Souffrance liée à des problèmes d'ordre psychologique.

DSM-IV. — 4^e Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux se référant au système de classification anglo-saxon.

dyskinésie aiguë. — Crise de contractures musculaires et de mouvements anormaux liée aux effets des neuroleptiques sur le système moteur extrapyramidal.

dyskinésie tardive. — Mouvements anormaux essentiellement des lèvres et des extrémités survenant au cours d'une administration prolongée de neuroleptiques.

dysmorphie. — Anomalie de la forme du corps.

dysmorphophobie. — Sentiment qu'une partie du corps est difforme ou anormale.

dyssomnie. — Trouble du sommeil.

dysthymie. — Perturbation de l'humeur.

écholalie. — Répétition en écho des paroles.

effets indésirables des médicaments. — Effets non thérapeutiques qui constituent des manifestations gênantes.

électrochoc. — Traitement consistant à induire une crise comitiale expérimentale par le passage d'un courant électrique au travers des lobes frontopariétaux du cerveau.

empathie. — Reconnaissance d'autrui.

encéphalopathie. — Atteinte cérébrale.

encéphalopathie carencielle. — Atteinte cérébrale liée à une carence (souvent en vitamines).

érotomanie. — Crainte de rougir.

érotomanie. — Illusion délirante d'être aimé (souvent par une personnalité ou une vedette).

état crépusculaire. — État de confusion mentale majeure.

état maniaque. — État d'exaltation psychique dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive.

état réactionnel. — État lié à un traumatisme psychique.

euphorie. — État d'exaltation joyeuse.

exhibitionnisme. — Exposition en public des organes sexuels.

fabulation. — Reconstruction imaginaire d'un événement ou d'une partie de la biographie, qui peut parfois compenser un trouble de mémoire ou une réalité insatisfaisante.

facticité des affects. — Expression ou comportement ne correspondant pas au ressenti du sujet.

fétichisme. — Excitation sexuelle portant sur des objets inanimés.

flash. — État d'euphorie et de bien-être induit par une injection intraveineuse de drogue.

fugue. — Sortie d'un patient sans autorisation.

fuite des idées. — Enchaînement des idées sans cohérence logique, mais par assonances et jeux de mots, « sauter du coq-à-l'âne ».

furie. — État de colère incontrôlable qui peut survenir au cours d'une ivresse, d'un état maniaque, de certaines formes d'épilepsie.

Gayet-Wernicke (encéphalopathie de). — Atteinte cérébrale survenant chez les alcooliques carencés en vitamine B₁₂.

génétique. — Science de l'hérédité.

hallucination. — Perception sans objet telle que des voix parlant dans le cerveau, des visions, des courants électriques passant dans le corps, etc.

hallucinogène. — Substance susceptible d'induire des hallucinations.

hallucinoïse. — Syndrome délirant hallucinatoire survenant dans le contexte d'une prise chronique d'alcool.

hébéphrénie. — Forme déficitaire de la schizophrénie.

Henderson, Virginia. — Auteur qui a défini les 14 besoins fondamentaux de l'être humain.

histrionisme. — Théâtralisme avec désir d'être le point de mire d'autrui.

hôpital de jour. — Hôpital fonctionnant durant les heures ouvrables.

hôpital de nuit. — Hôpital accueillant la nuit des patients insérés dans le circuit social durant la journée.

hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT). — Hospitalisation du patient sans son consentement nécessitant 2 certificats circonstanciés émanant de 2 médecins différents et la demande manuscrite d'un proche.

hospitalisation d'office (HO). — Hospitalisation décidée par le préfet d'après un certificat médical, dès lors que l'état du malade représente un danger pour l'ordre public et la sécurité des personnes.

hospitalisation en péril imminent. — Hospitalisation à la demande d'un tiers nécessitant un seul certificat médical en raison du contexte d'urgence mettant en danger le patient ou son entourage et la demande manuscrite d'un proche.

hospitalisation libre (HL). — Hospitalisation qui se fait avec le consentement du patient. Elle implique que le patient ne puisse être hospitalisé en service fermé et que sa sortie se fasse librement à tout moment.

hyperesthésie. — Perception exagérée des sensations.

hypersomnie. — Augmentation de l'aptitude au sommeil.

hypnotique. — Médicament susceptible d'induire le sommeil.

hypocondrie. — Croyance d'être atteint d'une maladie grave sans support réel.

hypocondrie délirante. — Illusion délirante d'être atteint d'une maladie somatique grave.

hypomanie. — Forme atténuée d'excitation maniaque.

hystérie. — Névrose caractérisée par le déplacement ou conversion d'un conflit psychique au niveau d'une zone ou d'une fonction corporelle.

idée fixe post-onirique. — Persistance d'une idée délirante non critiquée à la suite d'un onirisme.

immuabilité. — Besoin impérieux d'avoir un environnement inchangé.

impulsion. — Acte soudain et incontrôlé.

inhibition psychomotrice. — Ralentissement des processus de la pensée et des mouvements.

insomnie. — Raccourcissement du temps de sommeil lié à une impossibilité à s'endormir ou à un éveil précoce.

interprétation délirante. — Interprétation fautive d'un fait réel.

inventaire. — Inventaire fait à l'arrivée des objets appartenant au patient avec 2 objectifs essentiels : confier les valeurs à la caisse et éviter qu'il ne garde sur lui un objet dangereux (arme, médicament).

isolement. — Mise à l'écart, en chambre d'isolement, d'un patient dont le comportement incontrôlé, malgré le traitement, le rend dangereux pour lui-même ou pour les autres.

ivresse excitomotrice. — État d'ébriété s'exprimant par une fureur aveugle.

ivresse pathologique. — État d'ébriété s'exprimant par des manifestations pathologiques.

jalousie morbide. — Jalousie ne reposant sur aucune base réelle et se manifestant par des troubles du comportement.

jugement (troubles du). — Perturbation de l'évaluation de la réalité.

Korsakoff (syndrome de). — État démentiel lié à l'alcool et s'exprimant essentiellement par une amnésie des événements récents.

lithium (sels de). — Médicaments susceptibles de réguler les troubles de l'humeur.

logorrhée. — Accentuation du débit verbal.

macrocible. — Événement significatif dans l'hospitalisation ou le traitement d'un malade.

manie délirante. — État maniaque avec manifestations délirantes.

masochisme. — Plaisir subordonné au fait d'être maltraité.

médicament antiparkinsonien. — Médicament susceptible d'atténuer les effets parkinsoniens induits par les neuroleptiques.

mégalomanie. — Folie des grandeurs.

mélancolie. — État de dépression majeure.

méthadone. — Traitement substitutif des toxicomanies opiacées.

monomanie. — Délire défini par un symptôme essentiel.

narcolepsie. — Somnolence diurne excessive avec des crises de relâchement brusque du tonus musculaire.

négativisme. — Attitude de refus d'agir, de parler, de communiquer (schizophrénie).

néologisme. — Mot inventé (les néologismes sont fréquents au cours de la schizophrénie).

neuroleptique à action prolongée. — Neuroleptique le plus souvent injectable dont l'action s'étend en général sur un mois.

Hidden page

Hidden page

Hidden page

CAHIER D'ENTRAÎNEMENT

SUJETS CORRIGÉS • SUJETS CORRIGÉS • SUJETS CORRIGÉS



Tests de connaissances
Mini-cas concrets
Cas concrets types

14.

Table des matières du cahier d'entraînement

TESTS DE CONNAISSANCES

Sujets	137
Corrigés	139

MINI-CAS CONCRETS

	Sujets	Corrigés
Mini-cas concret 1	141	143
Mini-cas concret 2	141	144
Mini-cas concret 3	142	144
Mini-cas concret 4	142	145

CAS CONCRETS TYPES

	Sujets	Corrigés
Cas concret 1	146	147
Cas concret 2	146	147

Tests de connaissances

Sujets

1. Une bouffée délirante aiguë est la survenue brutale (un ou plusieurs items sont exacts) :
 - a) d'un délire riche et polymorphe.
 - b) d'une désorientation temporo-spatiale.
 - c) d'hallucinations auditives et visuelles.
 - d) d'une dépression profonde.
 - e) d'une angoisse de dépersonnalisation.
2. Dans la schizophrénie, le syndrome dissociatif se traduit par la ou les caractéristiques suivantes :
 - a) Barrages.
 - b) Ambivalence.
 - c) Négativisme.
 - d) Bitarrerie.
 - e) Apragmatisme.
3. L'érotomanie est :
 - a) L'illusion délirante d'être aimé.
 - b) La certitude d'être trompé.
 - c) Une idée de grandeur.
 - d) Une idée fausse concernant le corps ou son fonctionnement.
 - e) L'impression d'être commandé par une force extérieure.
4. Une hospitalisation à la demande d'un tiers :
 - a) Est un mode d'hospitalisation sous contrainte.
 - b) Peut être demandée par un membre de la famille.
 - c) Nécessite deux certificats médicaux.
 - d) Nécessite un arrêté préfectoral.
 - e) Doit être confirmée par un certificat médical après 24 heures d'hospitalisation.
5. Démence : un ou plusieurs items sont exacts :
 - a) La démence est une pathologie brutale et réversible.
 - b) La démence est une pathologie débutant dans l'enfance.
 - c) La démence est une forme grave de schizophrénie.
 - d) La démence est une pathologie insidieuse et irréversible.
 - e) La démence correspond à une détérioration des fonctions intellectuelles.
6. Démence : le ou les signes suivants peuvent être présents :
 - a) Les troubles de la mémoire de fixation.
 - b) Des difficultés à s'habiller.
 - c) Une méconnaissance des troubles.
 - d) Une humeur triste.
 - e) Des idées délirantes de persécution, de spoliation.
7. Confusion : le ou les signes suivants sont en faveur de ce diagnostic :
 - a) La perplexité anxieuse.
 - b) L'absence de troubles de la mémoire.
 - c) L'absence de fluctuation des troubles durant la journée.
 - d) La présence d'hallucinations visuelles.
 - e) Le caractère onirique du délire.
8. Protection des biens : un ou plusieurs items sont exacts :
 - a) Il existe trois mesures de protection des biens : la sauvegarde de justice, la curatelle et l'hospitalisation d'office.
 - b) Un schizophrène doit toujours être mis sous tutelle.
 - c) La famille du patient est seule à décider de la mise sous tutelle.
 - d) La curatelle est une mesure de protection des biens, qui vise à assister le patient dans les actes de la vie de tous les jours.
 - e) La sauvegarde de justice prend effet sur déclaration médicale adressée au procureur de la République.
9. Le delirium tremens :
 - a) Est lié à une ingestion massive d'alcool.
 - b) Est en rapport avec un sevrage d'alcool.

- c) Est un syndrome confusionnel survenant chez l'alcoolique.
- d) Est caractérisé par des hallucinations visuelles.
- e) Ne met pas en jeu le pronostic vital.
- 10. La conduite à tenir devant un delirium tremens :**
- a) Assurer une bonne hydratation (au moins deux litres d'eau par jour).
- b) Surveiller les constantes (pouls, tension artérielle, température).
- c) Effectuer un examen biologique.
- d) Effectuer un sevrage de benzodiazépine.
- e) Laisser le patient se reposer tranquillement dans le noir.
- 11. Au cours d'un état dépressif, quels paramètres vont permettre de redouter une tentative de suicide :**
- a) L'abus d'alcool.
- b) Le divorce.
- c) L'existence d'une tentative antérieure par phlébotomie.
- d) La notion d'un échec professionnel.
- e) La perte récente d'un parent proche.
- 12. Au cours d'un état dépressif, quels éléments permettent de suspecter un virage de l'humeur et en conséquence un risque de passage à un état maniaque :**
- a) Une accentuation de l'insomnie.
- b) Des achats inconsidérés.
- c) Un discours intarissable.
- d) Un sentiment de culpabilité.
- e) Une tendance à pleurer pour des raisons futiles.
- 13. Au cours d'un état d'excitation de type maniaque, quels éléments témoignent d'une dangerosité potentielle et incitent à une hospitalisation sous contrainte :**
- a) Excès de vitesse au volant d'un véhicule automobile.
- b) Menaces d'agression à l'encontre des voisins qui se plaignaient du tapage nocturne.
- c) Projection d'un pot de fleurs par la fenêtre.
- 14. Une femme enceinte peut-elle recevoir les traitements suivants :**
- a) Téralithe.
- b) Prozac.
- c) Psychothérapie.
- d) Sismothérapie.
- e) Thérapie familiale.
- 15. La survenue d'un état de stress post-traumatique :**
- a) Est indépendante de la personnalité du sujet.
- b) Ne peut être prévenue après l'exposition à un événement fortement traumatique.
- c) Se révèle principalement par des phénomènes de répétition et un débordement émotionnel.
- d) Peut être durable et invalidante.
- e) Peut bénéficier d'une prise en charge psychothérapeutique de type comportemental.
- 16. Désigner les propositions pouvant s'appliquer à la névrose phobique :**
- a) Elle met en cause des objets ou situations objectivement dangereux.
- b) Elle peut entraîner des conduites d'évitement ou de réassurance.
- c) Le phobique n'est pas conscient du caractère absurde de sa crainte.
- d) Elle se complique parfois d'un syndrome dépressif ou d'un abus d'alcool.
- e) Elle est souvent invalidante.
- 17. Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) associe classiquement :**
- a) Compulsions.
- b) Conversions.
- c) Lutte anxieuse contre l'intrusion persistante de pensées morbides.
- d) Automatisme mental.
- e) Grande prodigalité et des dépenses inconsidérées.
- 18. La crise d'angoisse aiguë :**
- a) Est d'apparition progressive.
- b) Peut être la conséquence d'une pathologie organique.
- c) Ne s'observe que dans les troubles phobiques.
- d) S'accompagne généralement de symptômes somatiques.
- e) Est rapidement soulagée par la prise de certains antidépresseurs.
- 19. Le traitement de la démence peut comporter :**
- a) Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase.
- b) Sismothérapie.
- c) Psychoanalyse.
- d) Activités thérapeutiques.
- e) Antidépresseurs de type IRS.

Corrigés

- Une bouffée délirante aiguë est la survenue brutale :**
Réponses : a, c, e.
NB : la bouffée délirante aiguë est la survenue brutale d'un délire riche et polymorphe, avec des hallucinations multiples et une angoisse intense. La conscience peut être variable mais on n'observe pas de désorientation temporo-spatiale (confusion), ni de trouble stable de l'humeur.
- Dans la schizophrénie, le syndrome dissociatif se traduit par :**
Réponses : a, b, c, d, e.
- L'érotomanie est :**
Réponse : a.
NB : *item b* : délire de jalousie, *item c* : mégalomanie, *item d* : hypochondrie, *item e* : syndrome d'influence.
- Une hospitalisation à la demande d'un tiers :**
Réponses : a, b, c, e.
NB : l'*item d* concerne l'hospitalisation d'office.
- Démence : un ou plusieurs items sont exacts :**
Réponses : d, e.
NB : la démence est une détérioration intellectuelle survenant de manière insidieuse, irréversible. L'*item a* correspond à la confusion, l'*item b* à l'arriération mentale. Quant à l'*item c* : la schizophrénie et la démence ne sont pas la même pathologie.
- Démence : le ou les signes suivants peuvent être présents :**
Réponses : a, b, c, d, e.
NB : la démence peut se manifester par des troubles de la mémoire, des troubles praxiques, une anosognosie et des troubles psychiatriques.
- Confusion : le ou les signes suivants sont en faveur de ce diagnostic :**
Réponses : a, d, e.
NB : les troubles de la mémoire sont constants. La fluctuation des troubles au cours de la journée est très évocatrice de la confusion mentale.
- Protection des biens : un ou plusieurs items sont exacts :**
Réponses : d, e.
NB : il existe trois mesures de protection des biens : la sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle.
- Un schizophrène ne doit pas toujours être mis sous tutelle. Le juge des tutelles après une enquête sociale et une expertise psychiatrique prend la décision de mettre en place une mesure de protection si le majeur est incapable de gérer ses biens.
- Le delirium tremens :**
Réponses : b, c, d.
NB : le delirium tremens est lié à un arrêt de l'alcool chez le patient alcoolodépendant. Il est constitué par un syndrome confusionnel comportant souvent des zoopsies. Comme dans tous les syndromes confusionnels, il met en jeu le pronostic vital.
- La conduite à tenir devant un delirium tremens :**
Réponses : a, b, c.
NB : il faut surveiller les constantes : en cas de delirium tremens, il existe des signes de déshydratation avec une élévation de la température. Le traitement comporte la prescription d'anxiolytique et il est impossible d'effectuer un sevrage de benzodiazépines en même temps qu'un sevrage d'alcool.
- Au cours d'un état dépressif, quels paramètres vont permettre de redouter une tentative de suicide :**
Réponses : a, b, c, d, e.
NB : l'existence d'une tentative antérieure peu grave doit cependant être retenue comme un désir de mort. L'association de ces paramètres renforce le risque suicidaire.
- Au cours d'un état dépressif quels éléments permettent de suspecter un virage de l'humeur et en conséquence un risque de passage à un état maniaque :**
Réponses : a, b, c.
NB : le sentiment de culpabilité et les crises de larmes appartiennent à la symptomatologie dépressive et ne permettent pas de préjuger d'une inversion de l'humeur.
- Au cours d'un état d'excitation de type maniaque, quels éléments témoignent d'une dangerosité potentielle et incitent à une hospitalisation sous contrainte :**
Réponses : a, b, c.
NB : l'ensemble des éléments précités témoigne des risques encourus par le patient (excès de vitesse) ou qu'il fait courir à son entourage (excès de vitesse -

menaces d'agression – bris d'une porte – projection d'objets qui risquent de blesser un passant) à l'exception du tapage nocturne qui, s'il nuit à l'entourage, ne le met pas en danger.

14. Une femme enceinte peut-elle recevoir les traitements suivants :

Réponses : c, d, e.

NB : le Prozac doit être interrompu chez la femme dès le début de la grossesse car les études sont insuffisantes pour attester de l'innocuité de ce traitement. Il en est de même pour le Téralithe.

Par contre la sismothérapie (ou électroconvulsivothérapie) est le traitement de choix chez la femme enceinte en raison des contre-indications médicamenteuses liées à la grossesse et des risques encourus liés à la sévérité de la dépression. La psychothérapie et la thérapie familiale ne sont pas contre-indiquées.

15. La survenue d'un état de stress post-traumatique :

Réponses : c, d, e.

NB : une intervention de crise permet souvent de prévenir l'apparition d'un état de stress post-traumatique. Une fois installé, l'exposition à l'événement par des techniques imaginatives ou *in vivo* peut être proposée.

16. Désigner les propositions pouvant s'appliquer à la névrose phobique :

Réponses : b, d.

17. Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) associe classiquement :

Réponses : a, c.

NB : on observe les conversions dans la névrose hystérique, l'automatisme mental dans la schizophrénie ou les BDA, et les dépenses inconsidérées dans l'état maniaque.

18. La crise d'angoisse aiguë :

Réponses : b, d.

NB : elle peut être provoquée par de nombreuses affections somatiques (asthme, infarctus du myocarde, hypoglycémie...) et peut émailler l'évolution de presque toutes les affections psychiatriques. Si les anxiolytiques, type benzodiazépine, peuvent avoir un effet très rapide et soulager une crise avérée, les antidépresseurs évoqués ci-dessus ne peuvent avoir qu'un effet préventif sur la survenue de la crise, et en aucun cas curatif.

19. Le traitement de la démence peut comporter :

Réponses : a, d, e.

NB : les inhibiteurs constituent un traitement spécifique de la démence d'Alzheimer modérément sévère. Les activités thérapeutiques (ex. atelier mémoire) peuvent être utiles pour stimuler la personne âgée et préserver la socialisation. Les IRS peuvent traiter la dimension dépressive associée fréquemment à la démence. La sismothérapie est contre-indiquée car elle entraîne souvent une confusion. La psychanalyse ne trouve pas d'indication chez le patient dément qui présente des troubles majeurs de la mémoire.

Hidden page

Questions

1. Comment allez vous accueillir la patiente ?
2. Quels éléments allez vous évaluer en priorité dans les prochains jours ?
3. Quelles mesures doit-on prendre dans l'éventualité d'un essai de retour à domicile ?

CORRIGÉS p. 144

Mini-cas concret 3

M^{me} V., 41 ans, arrive aux urgences du SAU, dans un état d'exaltation. Rouge, le faciès vultueux, elle dégage une forte odeur d'alcool. Elle est négligée, pour ne pas dire sale. Ses pleurs, ses gémissements perturbent la salle d'attente, ce qui motive l'appel des infirmières de l'équipe psychiatrique présentes aux urgences.

Elles l'entraînent vers un bureau, et là M^{me} V. d'une voix hoquetante leur raconte son histoire. Étrangère, elle est venue en France avec un Français qui lui a promis le mariage. Après 2 ans de vie commune, sans légalisation de sa situation, il l'a mise à la porte 2 mois auparavant. Elle a erré dans la rue, a dû se prostituer pour survivre. Elle n'en peut plus et a avalé des comprimés, de quoi, elle ne le sait pas, elle a aussi bu pas mal d'alcool.

Elle n'a pas de papier, pas d'argent, pas d'ami, veut mourir.

Questions

1. Comment les infirmières vont-elles évaluer la gravité du geste suicidaire évoqué par M^{me} V. ?
2. M^{me} V. dit s'être prostituée, comment peut être évalué le risque de maladie sexuellement transmissible ?
3. Quelle stratégie sociale peut être mise en place pour éviter une nouvelle tentative ?

CORRIGÉS p. 144-145

Mini-cas concret 4

Enseignante et âgée de 29 ans, M^{me} G. se présente d'elle-même au CMP de son secteur en raison de l'apparition depuis quelques mois de malaises récurrents pour lesquels un bilan somatique et biologique n'a pu retrouver aucune origine organique.

M^{me} G. a présenté un premier malaise il y a quelques mois, peu avant les vacances de Noël, alors qu'elle se trouvait dans le métro de retour de son travail. Elle se souvient avoir été prise par des sensations d'étouffement accompagnées de tremblements, de l'impression angoissante d'une mort imminente et de la crainte de perdre tout contrôle d'elle-même.

Cette crise a duré près de 10 minutes. D'autres crises ont suivi, d'intensité variable, avec une fréquence qui tend à croître. Elles surviennent dès qu'elle s'éloigne d'un endroit qui lui est familier et occasionnent une vive anxiété avec palpitations et sueurs, oppression thoracique et la crainte de s'évanouir en public. À l'opposé, elle se sent parfaitement calme et sereine chez elle et dans un moindre degré dans son école, même si elle a noté ces dernières semaines un pessimisme et une perte d'entrain qui ne lui sont pas coutumiers. Elle est habituellement perçue par son entourage comme une jeune femme dynamique et active. Elle révèle avoir progressivement réduit ses sorties hors du domicile, ne fait plus les courses que dans son quartier, et de préférence en dehors des heures d'affluence, et dit ne plus les faire qu'avec son chien. Elle ne prend plus le métro et se fait accompagner par son mari en voiture à son travail et en revient en taxi. Elle reconnaît le caractère infondé de ses craintes.

Questions

1. Précisez s'il s'agit d'un trouble névrotique ou psychotique.
2. Nommez les symptômes présentés par M^{me} G.
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelles complications au trouble identifiez-vous et citez celles qu'il faudra prévenir ?
5. Quelle sera votre démarche de soins ?

CORRIGÉS p. 145

Corrigés

Mini-cas concret 1

1. Dans la symptomatologie que présente M. P., quels sont les éléments en faveur d'une bouffée délirante et d'une dépression ?

M. P. présente des symptômes qui peuvent se rencontrer dans la dépression et dans une bouffée délirante ou les moments féconds d'une schizophrénie. Il s'agit de :

- la tristesse, mais elle est fluctuante, ce qui n'est pas en faveur d'une dépression vraie;
- le repli qui peut être associé à la tristesse et au ralentissement psychomoteur dans la dépression et à un syndrome dissociatif dans la schizophrénie;
- l'apragmatisme (il reste dans sa chambre, ne fait pas face au quotidien, ne prépare pas ses examens);
- l'incurie (ne se lave plus);
- l'angoisse;
- l'anorexie, mais il s'agit là plutôt d'un dégoût alimentaire sélectif et récent (ne mange plus de viande);
- l'insomnie avec ici une inversion des rythmes du sommeil (fréquents à l'adolescence);
- l'aspect réactionnel des troubles (surviennent après une rupture sentimentale).

Certains signes cliniques sont plus spécifiques d'une bouffée délirante et d'un syndrome dissociatif :

- le rationalisme morbide (cherche à donner une explication bizarre et mystérieuse à tout);
- les hallucinations auditives et l'automatisme mental (commentaire des actes);
- les idées délirantes de persécution, de complot, d'influence...;
- le caractère fluctuant des troubles de l'humeur.

2. À quelle classe de médicament appartient l'Haldol et quels en sont les principaux effets secondaires ?

Aux neuroleptiques.

Les principaux effets secondaires sont :

- neurologiques : dyskinésie aiguë, syndrome parkinsonien, dystonie, akathisie, dyskinésie tardive;

- cardio-vasculaires : hypotension orthostatique, tachycardie;
- anticholinergiques : sécheresse de la bouche, constipation, trouble de l'accommodation visuelle, rétention urinaire, glaucome;
- endocrinien : impuissance, gynécomastie, hyperprolactinémie, prise de poids;
- autre : asthénie, indifférence, allergie, photosensibilisation, ictère, agranulocytose;

Le syndrome malin est une complication grave mais très rare.

3. Quel sera le rôle de l'infirmier et quelle surveillance mettre en place au premier jour de l'hospitalisation ?

À son arrivée dans le service, M. P. sera accueilli par les infirmiers. En attendant le psychiatre de garde et en fonction de son état, un inventaire de ses affaires sera fait, puis il sera installé dans une chambre d'accueil près de la salle de soins. On lui donnera des explications claires et brèves sur le fonctionnement du service et l'aide qu'il peut attendre.

Il est nécessaire d'évaluer et de surveiller régulièrement son comportement par des visites régulières, donner le traitement et en vérifier la prise, surveiller les constantes (puls, TA, température) et la survenue d'effets indésirables, veiller à une bonne hydratation.

Il importe aussi surtout d'écouter et de rassurer.

4. Quelles sont les indications thérapeutiques de la mise en chambre d'isolement ?

Le recours à l'isolement thérapeutique a pour but de traiter ou prévenir les passages à l'acte auto- ou hétéroagressifs.

5. Quels sont les éléments susceptibles de faire l'objet d'une transmission ciblée au regard de la pathologie de M. P. ?

Peuvent être l'objet de transmissions ciblées :

- l'activité délirante;
- l'activité hallucinatoire;
- l'angoisse;
- le sommeil.

Hidden page

- des adresses de foyers d'urgence (elle va téléphoner pour demander une place);
- la liste des lieux de restauration gratuite (Restos du cœur, Secours catholique, etc.);
- l'adresse d'une association susceptible de l'aider dans ses démarches pour obtenir un permis de séjour.

- **anxiété** se manifestant par la répétition de malaises caractérisés par une sensation d'étouffement, des tremblements, des sueurs, liée à la perception d'une menace à sa propre intégrité physique;
- **stratégies d'adaptation individuelle inefficaces** se manifestant par une rupture de ses activités quotidiennes (courses, déplacements...), des conduites de réassurance, un changement de l'humeur, liées à une grande inquiétude déclenchée par la foule.

Mini-cas concret 4

1. Précisez s'il s'agit d'un trouble névrotique ou psychotique.

La conscience du trouble et de son caractère morbide oriente clairement vers une origine névrotique. On n'observe pas de rupture franche avec la réalité.

2. Nommez les symptômes présentés par M^{me} G.

Plusieurs groupes de symptômes peuvent être identifiés :

- attaques de panique récurrentes avec :
 - angoisse massive et de survenue brutale,
 - sensation d'étouffement et d'oppression thoracique,
 - tremblements;
- agoraphobie avec :
 - crainte des foules, des déplacements sans être accompagnée, en dehors de son domicile,
 - attaque de panique lors de la confrontation à la situation redoutée,
 - conduites d'évitement ou de réassurance (mari, chien);
- symptomatologie dépressive avec :
 - tristesse de l'humeur,
 - ralentissement idéique et moteur.

3. Quel est votre diagnostic ?

On portera le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie.

Sur le plan infirmier, on repérera les diagnostics infirmiers suivants :

4. Quelles complications au trouble identifiez-vous et citez celles qu'il faudra prévenir ?

L'apparition d'éléments dépressifs est rapportée par la patiente. Il s'agit d'une complication fréquente du trouble panique. Pourront être observés également l'abus et/ou la dépendance à l'alcool ou à d'autres substances (anxiolytiques notamment). Les conséquences familiales, sociales ou relationnelles peuvent également devenir invalidantes.

5. Quelle sera votre démarche de soins ?

Sur le plan médical, l'instauration d'un traitement antidépresseur type ISRS sera instauré, en raison de son efficacité reconnue sur les éléments dépressifs comme sur la dimension anxieuse présentée ici. Il lui sera associé du Xanax (alprazolam).

Sur le plan infirmier, les axes de travail seront :

- repérer et répertorier les épisodes anxieux en terme d'intensité, de fréquence, de facteurs de survenue, l'expérience vécue par M^{me} G.;
- apprécier le degré d'envahissement de la vie de M^{me} G. en parlant avec le mari (qui constitue un partenaire à part entière pour la prise en charge de M^{me} G.);
- observer la dynamique de vie de M^{me} G. au travers de son humeur (passive, dépendante, dépressive). Avertir son psychiatre de tout changement notable;
- créer un lien avec M^{me} G. dans l'optique d'une prise en charge longue et jeter les bases d'une double référence.

Cas concrets types

Sujets

Cas concret 1

M. E., âgé de 43 ans, est transféré du service d'hépatogastroentérologie où il a été hospitalisé quelques jours auparavant pour une hémorragie digestive importante. Il s'alcoolisait massivement dans le service de médecine en se procurant, avec l'aide des autres patients, des alcools forts, transparents (vodka, gin) qu'il transvasait dans des bouteilles d'eau minérale pour dissimuler ses prises d'alcool. Il est admis dans le service en hospitalisation à la demande d'un tiers pour un état d'agitation et un refus de soins mettant ses jours en danger. À son arrivée dans le service, il vocifère et tient des propos incohérents. Une prise de sang met en évidence des transaminases à 3 fois la normale, des gamma-GT à 10 fois la normale, une alcoolémie à 3,6 g/L. Le lendemain, le patient s'est calmé grâce aux soins qui lui ont été prodigués. Mais dans les heures qui suivent le patient, en signe de protestation, il refuse de boire et de s'alimenter. Au bout de 48 heures, le patient entend et voit des rongeurs sous l'armoire de sa chambre. Il entend aussi sa sœur qui fait la vaisselle dans la salle de bains. Il présente les signes d'un delirium tremens.

Par la suite, l'état du patient s'améliore mais il reste persuadé qu'il a reçu la visite de sa sœur lorsqu'il était si malade.

Questions

1. Quel est, à son arrivée dans le service, le diagnostic médical ?
2. Quelles sont les anomalies biologiques présentées par le patient ?
3. À quoi est dû un delirium tremens ?
4. Quelle est la conduite à tenir devant un delirium tremens ?
5. À l'issue de l'épisode, pensez-vous que le patient délire ?

CORRIGÉS p. 147

Cas concret 2

M^{me} S. est adressée par le CMP en hospitalisation libre pour un état dépressif sévère.

Histoire de la maladie

M^{me} S. est âgée de 43 ans. Elle est mariée et mère de 2 enfants âgés respectivement de 20 et 12 ans.

Sa fille aînée, est décédée brutalement, il y a 8 mois alors qu'elle était en vacances en Corse, d'une rupture d'anévrisme cérébral. M^{me} S. ne s'est pas remise de ce décès, qu'elle ne peut accepter, ce d'autant qu'à la veille de son départ, elle s'était disputée avec sa fille à laquelle elle reprochait l'abandon de ses études. Depuis, elle vit totalement cloîtrée chez elle, refusant de sortir excepté pour sa visite quotidienne au cimetière. Elle ne s'occupe plus de son intérieur, ni de sa fille cadette, qui livrée à elle-même est en échec scolaire.

Elle est irritable, nerveuse, ne supporte aucun bruit autour d'elle. Sa fille n'a pas le droit de regarder la télévision et s'enferme dans sa chambre pour fuir ses remarques.

Épuisée dès le réveil, elle ne fait pratiquement rien, son mari doit faire les courses, la cuisine et une partie du ménage. Quand il rentre du travail, il trouve M^{me} S. assise dans l'obscurité, volets fermés, regardant fixement devant elle. Elle répond à peine à son bonjour. Il ne supporte plus son silence, interrompu de reproches concernant leur attitude commune vis-à-vis de la morte, ni ses crises de larmes. La nuit elle se lève, et erre dans la maison en pleurant.

Elle ne répond plus au téléphone, refuse de voir sa famille. Poussée par son mari, elle est allée voir son médecin de famille. Celui-ci lui a prescrit un traitement antidépresseur qu'elle a interrompu au bout de 2 jours car il lui donnait des nausées.

Par ailleurs elle s'alimente peu et a maigri de 5 kilos (elle pèse 48 kg pour une taille de 1 m 70).

Finalement, son mari excédé, l'a conduite au CMP, la menaçant de quitter le domicile conjugal si elle ne se faisait pas soigner.

Après un entretien avec le médecin psychiatre, elle accepte à contre-cœur une hospitalisation en service libre, convaincue que personne ne peut rien pour elle.

À son arrivée dans le service

Elle se présente tout de noir vêtue, pale, amaigrie. Elle répond aux questions d'une voix monocorde.

Hidden page

- ses habits sombres;
 - l'anorexie avec amaigrissement;
 - le vécu de dévalorisation avec le sentiment de ne plus être une femme.
 - **Causes favorisantes :**
 - la stérilité passagère;
 - l'hystérectomie;
 - le décès de sa fille à la suite d'une dispute;
 - l'arrêt de travail;
 - son incapacité à faire face aux tâches quotidiennes.
 - **Objectif de soins :**
Restaurer l'estime de soi.
 - **Interventions infirmières :**
 - l'écouter quand elle exprime son chagrin en l'amenant à évoquer une image positive de sa fille décédée;
 - l'inciter à restaurer une image physique positive;
 - surveiller la prise du traitement antidépresseur qui diminuera sa tristesse et son angoisse;
 - l'inciter à aller vers les autres et à participer à des activités;
 - aménager des rencontres avec son mari et sa fille et les préparer avec elle.
 - ▶ **ISOLEMENT SOCIAL ÉVALUÉ SUR LE CARACTÈRE DIFFICILE DE SES RELATIONS FAMILIALES ET SON REPLI.**
 - **Causes favorisantes :**
 - tristesse;
 - altération de l'image de soi;
 - autodépréciation et autoaccusation.
 - **Objectifs de soins :**
 - favoriser les contacts en lui permettant d'exprimer ses sentiments;
 - l'aider à lutter contre la tristesse par la prise du traitement;
 - l'aider à reconstruire ses réseaux sociaux et familiaux;
 - l'inciter à prendre les repas en commun, à sortir de sa chambre.
 - ▶ **PERTURBATION DE LA DYNAMIQUE FAMILIALE APPRÉCIÉE SUR :**
 - son désintérêt pour sa fille cadette;
 - la mise à l'écart de sa famille;
 - son comportement distant ou agressif vis-à-vis de sa fille et de son mari.
 - **Causes favorisantes :**
 - son intolérance aux stimulations;
 - la tristesse;
 - le malaise qu'elle éprouve au contact des autres.
 - **Objectifs de soins :**
 - rétablir un système relationnel avec l'équipe soignante par l'écoute et l'attention, puis avec les autres patients (au moment des repas, au travers des activités);
 - maintenir les relations avec la famille - appels téléphoniques, visites, valorisation de ses progrès;
 - l'amener à retrouver sa place d'épouse et de mère.
 - ▶ **PERTURBATIONS DES HABITUDES DE SOMMEIL ÉVALUÉES SUR :**
 - l'insomnie;
 - les déambulations nocturnes;
 - les cauchemars.
 - **Causes favorisantes :**
 - la tristesse;
 - l'angoisse.
 - **Objectifs de soins :**
 - surveillance du sommeil;
 - administration à la demande de l'hypnotique prescrit par le médecin.
- 5. Une psychothérapie est-elle indiquée ?**
- Une psychothérapie est indiquée.
- Elle permettra à M^{me} S :
- de verbaliser sa souffrance;
 - d'analyser les causes de son sentiment de culpabilité;
 - de comprendre les intrications de la stérilité, de l'hystérectomie et du deuil dans la perte de l'estime de soi;
 - de restaurer une image satisfaisante d'elle-même.

Index

A

abasie 127
 abord
 – cognitif 47
 – comportemental 47
 aboulie 58, 127
 accès maniaque 52, 127
 accueil familial thérapeutique 12, 127
 actions 17, 127
 adaptation individuelle inefficace 127
 addiction 127
 affects 13, 14, 127
 agitation psychomotrice 127
 agnosie 111, 127
 agoraphobie 34, 37, 127
 aide psychologique par la relation 13, 127
 akathisie 77, 127
 alcoolisme 92, 127
 Alzheimer (démence d') 127
 ambivalence 73, 127
 ambulatoire 127
 amnésies psychogènes 43, 127
 anarthrie 127
 anesthésie affective 58, 127
 angoisse 33, 69, 72, 73
 anorexie 58, 89
 – mentale 127
 antidépresseurs 38, 40, 47, 127
 anxiété 16, 30, 58, 112, 127
 – généralisée 35
 anxiolytiques 31, 127
 apathie 112, 114, 127
 aphasie 111, 127
 apnée du sommeil 127
 appartement thérapeutique 26
 apragmatisme 73, 127
 apraxie 111, 127
 arriération mentale 111, 121, 127
 astasie 127
 astasie-abasie 43
 asthénie 30, 58, 127
 attaques de panique 127
 – récurrentes 33
 autisme 122, 127
 automatisme mental 69, 73, 127

B

barrage 73, 127
 benzodiazépines 32, 42, 127

bouffée délirante 73
 – aiguë 69, 70, 127
 boulimie 31, 89, 91, 127
 bradypsychie 127
 bruxisme 104, 127

C

cannabis 99, 100, 127
 catatonie 73, 84, 128
 catatonique 74
 CATTp 26, 128
 CDHP 128
 centre
 – d'accueil
 – – et de crise (CAC) 12
 – – permanent 12
 – – thérapeutique à temps partiel (CATTp) 12
 – de crise 128
 – médico-psychologique (CMP) 12, 128
 chambre d'isolement 22, 128
 charte de l'utilisateur en santé mentale 128
 cible 17, 128
 CIM-10 108, 128
 CMP 26, 128
 cocaïne 100, 128
 Commission départementale des hospitalisations psychiatriques 27
 compliance 128
 compulsions 128
 conduire
 – addictive 98, 128
 – anorexique 31
 – d'évitement 37, 45, 128
 – dite compulsive 40
 confusion mentale 107, 111, 128
 continuité des soins 4, 128
 conversion 31
 – hystérique 42, 128
 Cotard (syndrome de) 128
 courant transférentiel 128
 Creutzfeldt-Jakob (démence de) 128
 curatelle 115, 128
 curateur 115, 128

D

déficit mental 121, 128
 déficitaire 74
 définition des arriérations mentales 121

délire 14, 69, 128
 – d'interprétation 80
 – de jalousie 81
 – de relation des sensitifs 81
 – onirique 107
 – paranoïaque 80
 – paranoïde 73, 74, 128
 – passionnel 80, 128
 – sensitif 128
 – systématisé 128
 – – paranoïaque 85
 delirium tremens 95, 128
 démence 102, 111, 128
 – alcoolique 94, 128
 – précoce 7, 128
 – sénile 128
 dépendance 92
 – à l'alcool 128
 – aux drogues 128
 – physique 98, 128
 – psychique 98, 128
 – toxicomaniac 98
 dépression 112
 – dysthymique 59, 128
 désinhibition 128
 désorientation temporo-spatiale 128
 diagnostics infirmiers 4, 9, 17, 67, 128
 diagramme de soins 21, 129
 discordance 73, 129
 dissociation 129
 données 17, 129
 – administratives 13, 129
 dossier
 – de soins 129
 – de soins infirmier 9, 129
 douleur morale 57, 129
 DSM-IV 69, 108, 129
 dyskinésie
 – aiguë 77, 129
 – tardive 77, 129
 dysmorphie 121, 129
 dysmorphophobie 129
 dyssomnies 103, 129
 dysthymie 129

E

écholalie 86, 129
 effets indésirables 22
 – des médicaments 129
 – graves 22

électrochoc 129
 électroconvulsivothérapie 7, 62
 empathie 13, 129
 encéphalopathie 129
 – carencielle en vitamines 94, 108
 – de Gayet-Wernicke 94
 – porto-cave 94, 108
 épisodes boulimiques 89
 éreutrophobie 129
 érotomanie 73, 80, 129
 état
 – crépusculaire 45, 129
 – de stress
 – – aigu 35
 – – post-traumatique 35
 – dépressif 95
 – maniaque 129
 – réactionnel 45, 47, 129
 – somnambulique 43
 euphorie 129
 excitation
 – motrice 52
 – psychique 52
 exhibitionnisme 105, 129

F

fabulation 52, 129
 facteurs génétiques 49
 facticité des affects 43, 129
 famille d'accueil 26
 fétichisme 106, 129
 flash 99, 129
 forme délirante paranoïde 84
 foyer de posture 26
 frotteurisme 106
 fugue 129
 fuite des idées 52, 129
 fureur 129
 – maniaque 53

G

génétique 129

H

hallucinations 69, 73, 129
 hallucinatoires 69
 hallucinogènes 99, 129
 hallucinose 94, 129
 HDT 27, 60
 hébéphrénie 84, 129
 histrionisme 43, 129
 HL 27, 130
 HCO 27, 130
 hôpital
 – de jour 12, 129
 – de nuit 12, 130

hospitalisation
 – à la demande d'un tiers 12, 130
 – d'office 12, 130
 – en péril imminent 130
 – libre 12, 130
 hyperesthésies 43, 130
 hyperomnie 31, 104, 130
 hypnotiques 104, 130
 hypocondrie 48, 130
 – délirante 48, 130
 hypomaniaque 53
 hypomanie 130
 hystérie 5, 44, 130

I

idées fixes post-oniriques 94, 130
 immuabilité 122, 130
 impulsions 40, 130
 inhibition 52
 – psychomotrice 57, 58, 130
 insomnie 52, 104, 130
 interprétation 80
 – délirante 130
 inventaire 130
 – des biens personnels 13
 isolement 22, 130
 ivresse
 – excitomotrice 93, 130
 – pathologique 93, 130

J

jalousie morbide 130
 jugement (troubles du) 130

K

Korsakoff (syndrome de) 130

L

livret d'accueil 14
 logorrhée 130
 logorrhéique 52

M

macrocible 17, 130
 maladie
 – d'Alzheimer 113, 114
 – de Creutzfeldt-Jakob 114
 manies délirantes 53, 130
 manifestations
 – dissociatives 43
 – du sevrage alcoolique 95
 masochisme 130
 – sexuel 106
 médicaments
 – antidépresseurs 60
 – antiparkinsoniens 77, 130
 mégalomaniaque 69

mégalomanie 130
 mélancolie 5, 130
 méthadone 130
 monomanie 7, 130

N

narcolepsie 103, 130
 négativisme 73, 130
 – extrême 86
 néologisme 73, 130
 neuroleptiques 8, 42, 75, 77
 – à action prolongée 80, 130
 – atypiques 77, 131
 neuromédiateurs 131
 – chimiques centraux 3
 neurotransmetteur 30
 névrose 6, 29, 131
 – hystérique 30
 – obsessionnelle 30
 non-compliance thérapeutique 131
 non-observance thérapeutique 131
 nosologie 131

O

obnubilation 107, 131
 obsessions 31, 40, 131
 onirisme 131
 opiacés 99, 131
 opium 99
 organicisme 131
 organiciste 7
 orientation (trouble de l') 131
 overdose 99, 131

P

patique 34, 37, 131
 paralogisme 73, 131
 paranoïa 131
 paranoïde 74
 paraphilies 105, 131
 paraphrénie 84, 131
 parasomnies 103, 131
 – non spécifiques 104
 passages à l'acte 71, 106, 131
 – multiples 106
 pathologie ciblée 14
 pédophilie 105, 131
 péril imminent 12
 perplexité anxieuse 107, 131
 personnalité
 – multiple 43, 131
 – psychopathique 131
 perturbation
 – de la dynamique familiale 131
 – des interactions sociales 16, 131
 – – avec isolement social 66, 68

pharmacodépendance 131
 pharmacopsychose 102, 131
 pharmacovigilance 22, 131
 phobie 31, 37, 38, 131
 – sociale 34, 38
 – spécifique 34
 plaintes hypochondriaques 112
 polytoxicomanies 99, 131
 projet de soins 131
 protection des biens 115, 131
 psychodysléptique 99, 131
 psycholeptique 99, 131
 psychose 69, 131
 – aiguë 69
 – chronique 69, 131
 – hallucinatoire chronique 81, 82, 85, 131
 – infantile 131
 – manico-dépressive 7, 49, 131
 – puerpérale 72, 132
 psychototique 99, 132

Q

quotient intellectuel 121, 132

R

ralentissement
 – intellectuel 57, 132
 – psychomoteur 58
 – tant intellectuel que physique 57
 refoulement 30, 132
 règlement intérieur 12, 13, 14, 132
 repas thérapeutique 15, 132
 résultats 17, 132
 retard mental 132
 risques d'exposition au sang contaminé 24, 132

S

sadisme sexuel 106
 sauvegarde de justice 115, 132

schizophrénie 72, 78, 84, 85, 132
 – résiduelle 132
 – type catatonique 86
 – type paranoïde 85
 – type résiduel 86
 secteur 132
 sels de lithium 50, 130
 sémiologie 132
 soins ambulatoires 4
 somatognosie 112, 132
 somnambulisme 104, 132
 stratégie d'adaptation individuelle inefficace 16
 stress 45
 – syndrome de 132
 stupéfiants 99, 132
 substitution
 – par la méthadone 100
 – par le Subutex 102
 Subutex 132
 symptômes hypochondriaques 31
 syndrome
 – amotivationnel 102, 132
 – aphaso-agnosio-apraxique 114
 – catatonique 73
 – d'après du sommeil 103
 – d'influence 73, 132
 – déficitaire 132
 – de Cotard 59, 128
 – de Korsakoff 94, 130
 – de Pickwick 103, 132
 – de répétition 45, 132
 – de sevrage à l'alcool 132
 – des jambes sans repos 103, 132
 – dissociatif 73
 – malin des neuroleptiques 22, 132

T

tachypsychie 52, 132
 terreurs nocturnes 103, 132

théories
 – comportementales 3, 132
 – génétiques 3, 30
 – psychanalytiques 29, 132
 thérapies
 – cognitives 3, 63, 132
 – comportementales et cognitives 38
 – familiales 42, 132
 thymorégulateurs 50, 132
 tolérance 98, 132
 toxicomanie 98, 132
 traitement
 – substitutif 100, 132
 – thymorégulateur 56
 tranquillisants 31, 133
 transmissions ciblées 16, 133
 travestisme 106, 133
 trouble
 – bipolaire 49, 133
 – de l'orientation 112
 – du jugement 112
 – obsessionnel compulsif (TOC) 35, 40, 133
 – panique 33
 – psychotique partagé 87, 133
 – schizoaffectif 86, 133
 – schizophrénoforme 86, 133
 tutelle 115, 133
 type
 – catatonique 86
 – paranoïde 85
 – résiduel 86

U

UMD 133

V

vigilance (trouble de la) 133
 Virginia Henderson 16, 127
 voyeurisme 106, 133

Z

zoophilie 106, 133

Préparation, mise en pages
et illustrations numériques :
TyPAO Sarl
75011 Paris

400041-110-(3, 6)-CSB-G90°-TYP

A.G.G.
Printing Stars s.r.l.

Imprimé en Italie

MASSON Éditeur
21, rue Camille Desmoulins
92789 Issy-les-Moulineaux Cedex 9
Dépôt légal : août 2005

Hidden page

NOUVEAUX CAHIERS DE L'INFIRMIÈRE

Cette **première édition** du cahier n°14 recouvre le programme du module « *Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles psychiatriques* » du diplôme d'État.

- Cet **ouvrage** est complémentaire du NCI 13 traitant du même sujet et propose :
 - un **rappel historique** sur la pensée psychiatrique, de la Grèce antique aux grands courants psychiatriques du XIX^e et XX^e siècles ;
 - un chapitre qui développe le **rôle propre de l'infirmière en service de psychiatrie**, tant en ce qui concerne l'accueil des patients que pour l'établissement des diagnostics infirmiers et l'évaluation des actions infirmières ;
 - 6 chapitres qui développent la **prise en charge infirmière des différents troubles psychiatriques** : troubles névrotiques, de l'humeur, psychotiques, des conduites instinctuelles, de la vigilance, et intellectuels, tout en introduisant, à chaque fois les diagnostics infirmiers en lien avec les pathologies présentées.
- La législation fait l'objet de nombreux rappels.
- Des illustrations et schémas permettront de visualiser certains concepts, et contribueront à la convivialité de cet ouvrage dédié à un thème souvent traité de façon trop austère.

Et toujours, en fin d'ouvrage : un **cahier d'entraînement**, pour permettre à l'étudiant de tester ses connaissances et de s'entraîner aux cas concrets.

La collection de référence

- | | | |
|--|--|--|
|  Santé publique |  Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections traumatologiques, orthopédiques et rhumatologiques |  Soins infirmiers aux personnes âgées et gériopsychiatrie |
|  Soins infirmiers I: Concepts et théories, démarche de soins |  Soins infirmiers aux adolescents et aux adultes atteints de troubles psychiatriques I. Syndromes et maladies |  Soins infirmiers aux urgences et en réanimation, transfusion sanguine |
|  Soins infirmiers II: Démarches relationnelles et éducatives, initiation et stratégies de recherche |  Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles psychiatriques. II. Prise en charge et diagnostics infirmiers |  Soins infirmiers en maternité et aux personnes atteintes d'affections gynécologiques |
|  Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail |  À paraître |  Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections oto-rhino-laryngologiques, stomatologiques, ophtalmologiques |
|  Hygiène |  Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections néphrologiques et urologiques |  Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections dermatologiques |
|  Sciences humaines |  Soins infirmiers aux personnes atteintes de maladies infectieuses / de l'infection par le VIH |  Soins infirmiers en pédiatrie et en pédopsychiatrie |
|  Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections cardio-vasculaires | |  Pharmacologie et soins infirmiers |
|  Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections endocriniennes | | |
|  Soins infirmiers aux personnes atteintes du diabète et d'affections métaboliques | | |

